

TARTU ÜLIKOOL
ÕIGUSTEADUSKOND
ERAÕIGUSE INSTITUUT

Lembi Aug

**RAVIKINDLUSTUSE ULATUS PATSIENTIDE VABA LIIKUMISE
TINGIMUSTES**

Magistritöö

Juhendaja: dr. iur. professor Gaabriel Tavits

Tallinn 2018

SISUKORD

Sissejuhatus	3
1 Ravikindlustuse mõiste ja olemus	7
1.1 Ravikindlustuse mõiste ja ravikindlustussüsteemide mitmekesisus	7
1.2 Ravikindlustussüsteem Eestis ja selle olemus	12
1.3 Ravikindlustushüvitise mõiste ja liigid	15
2 Patsientide vaba liikumise direktiiv 2011/24/EL	18
2.1 Euroopa Liidu õigus enne direktiivi	18
2.2 Patsiendiõiguste direktiivi vajalikkus ja eeltööd	20
2.3 Direktiivi üldised õiguslikud aspektid	22
2.4 Direktiivi eesmärk	24
2.5 Direktiivi kehtivusala	26
3 Direktiiv 2011/24/EL Eesti praktikas	33
3.1 Kindlustatud isik ja kindlustuskaitse kestus Eesti õiguses	33
3.2 Ravikindlustushüvitise mõiste ja kindlustuskaitse ulatus	35
3.3 Piiriülene tervishoiuteenus ja selle hüvitamine	35
3.4 Eesti kindlustatu ravi välisriigis	37
3.5 Direktiivi kohaldamisega seotud probleemid	44
3.5.1. Õigusselguse puudumine eellubade süsteemi rakendamisel	44
3.5.2. Legaaldefiniitsioonideta mõistete kasutamisega seotud võimalikud õigusvaidlused	47
3.5.3. Isikuandmete kaitse piiriülese tervishoiuteenuse osutamisega seotud terviseandmete liikumisel	48
3.5.4. Kaebuste esitamise ja kahjude hüvitamise regulatsioon	53
Kokkuvõte	56
Resume	60
Kasutatud allikad	65

SISSEJUHATUS

Inimese tervis kui õigushüve on Eestis kaitstud põhiseadusega. Eesti Vabariigi Põhiseaduse § 28 lõige 1 sätestab: “Igaühel on õigus tervise kaitsele”¹. Tervis on oluline väärtus, ilma milleta ei saa inimene kasutada ka enamikku teisi põhiõigusi ja elada täisväärtuslikku elu. Tegemist on sotsiaalse põhiõigusega ning riik on kohustatud aktiivselt tegutsema, et hüve oleks igaühele tagatud. Riigil on kohustus tegutseda preventiivselt rahvatervise huvides, luua tervisekindlustussüsteem ning tagada meditsiiniline abi ka neil juhtudel, kui isikul endal selleks vahendid puuduvad.²

Tervise üldkasutatav definitsioon on antud Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) põhikirja preambulas järgnevalt: “tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või puuete puudumine.”³ Rääkides terviseprobleemidega inimesest, kasutatakse tavaliselt väljendeid “haige” või “patsient”. Patsiendi legaldefinitsiooni rahvusvaheliselt sõnastatud ei ole, kuid üldlevinud mõistena kasutatakse sõna “patsient” kõigi tervishoiuteenuse kasutajate suhtes, sõltumata sellest, kas tegemist on haige või terve inimesega. Kitsamalt mõistetakse patsiendi all aga tavapäraselt arstiabi vajavat inimest.

1946. a New Yorgis koostatud WHO põhikirjas on loetletud tänaseni kehtivad tervishoiu üldprintsüübid. Esiteks loetakse inimese üheks põhiõiguseks võimalust saavutada parimat kättesaadavat terviseseisundit, sõltumata rassist, usust, poliitilistest vaadetest ning majanduslikest ja sotsiaalsetest tingimustest. Riikidel aga lasub kohustus ja vastutus selle eest, et tema elanikkond oleks terve. Inimeste tervise parandamiseks peab iga riik tegema kättesaadavaks kohased tervishoiu- ja sotsiaalmeetmed.⁴ Sarnane põhimõte on välja toodud ka Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni Peaassamblee poolt 10.12.1948 vastu võetud Inimõiguste ülddeklaratsioonis, kus on sätestatud, et iga inimesel on õigus sotsiaalsele kindlustatusele, sealhulgas arstiabile.⁵ Erinevates õigusaktides rõhutatakse õigust “maksimaalsele füüsilisele ja psüühilisele tervisele”, riikide kohustust töötada maksimaalselt

¹ Eesti Vabariigi Põhiseadus § 28.

² E-J. Truuväli jt. Eesti Vabariigi Põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura, 2008. Lk 305

³ Constitution of the World Health Organization. New York, 22.07.1946. Preambul. Arvutivõrgus: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (17.03.2018)

⁴ Constitution of the World Health Organization. New York, 22.07.1946. Preambul. Arvutivõrgus: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (17.03.2018)

⁵ The Universal Declaration of Human Rights. Pariis, 10.12.1948. Art.22 ja 25. Arvutivõrgus: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> (29.10.2017).

saavutatava taseme nimel, mis tegelikkuses sõltub iga konkreetse riigi majanduslikust olukorrast.

Vaimse ja füüsilise tervisega seondult on iga inimese jaoks olulise tähtsusega tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse võib jagada kolmeks: faktiline, geograafiline ja finantsiline kättesaadavus. Faktilise kättesaadavuse tagamiseks on vaja piisavalt koolitatud tervishoiutöötajaid, tervishoiuasutusi, meditsiiniseadmeid ja ravimeid. Geograafilise kättesaadavuse tagamiseks on Eestis võetud eesmärgiks tagada see igas Eestimaa punktis elavale inimesele 70 km e ühe tunnise autosõidu kaugusel. Finantsilist kättesaadavust tagab kehtiv ravikindlustussüsteem ja kõigi inimeste osas kohalduv tasuta juurdepääs vältimatule abile ja kiirabile.⁶ “Riigi jaoks võib inimese töövõime taastamiseks vajaliku ravi rahastamine osutuda lõppkokkuvõttes odavamaks kui talle sotsiaaltoetuste maksmine.”⁷

Patsientide vabale liikumisele ja ravile väljaspool koduriiki pööratakse viimasel ajal üha enam tähelepanu seoses muutustega töökeskkonnas ja inimeste reisiharjumustes. Teema on väga aktuaalne, sest inimeste terviserikked ei ole ette planeeritavad ning vajaliku arstiabi õigeaegne kättesaadavus on enamasti oluline järgneva tervistumise või töövõimekaotuse kontekstis. Eestis on inimeste aktiivne liikumine koduriigi piirest välja tõusnud hüppeliselt pärast Eesti Vabariigi taasiseseisvumist ja eriti peale Eesti ühinemist Euroopa Liiduga.

Tervishoiuteenuste osutamise kontekstis loetakse patsienti nõrgemaks pooleks, kelle kaitseks on vaja luua täiendavaid regulatsioone. Patsiendi eelistamine regulatsiooni kehtestamisel on põhiseaduspärane. Võrdsete võimaluste loomisele on keskendunud järjest enam tervishoiu toimimist reguleerivas õigusloomes, seda nii Euroopa Liidu kui ka siseriiklikul tasandil. 2002. aastal vastu võetud ravikindlustuse seaduse alusel on kindlustatul õigus haigekassa kaudu rahastatud hüvitistele seoses haigestumise ja ajutise töövõimetusega eelkõige Eesti Vabariigi piires. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL (edaspidi patsiendiõiguste direktiiv) astub sammu edasi, kohustades liikmesriike viima siseriiklikusse õigusesse sätteid, millega kehtestatakse piiriülese tervishoiu põhimõtted ja patsientidele pakutava arstiabi ja hüvitiste miinimumnõuded. Need standardid puudutavad tervishoiuteenuse näidustusi, tõendatud efektiivsust, dokumentatsiooni. Direktiiviga antakse patsientidele suuremaid õigusi ja parandatakse

⁶ A.Nõmper, J.Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn:Juura 2007. Lk. 39

⁷ RK 3-3-1-65-03

tervishoiuteenuste kättesaadavust kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides. Tegemist on olulise õigusaktiga, mis püüab suurendada õiglust ja võrdset kohtlemist tervishoiuteenuste osutamisel kogu Euroopa Liidu piires.

Käesolevas magistritöös uuritakse piiriülese tervishoiuteenuse võimalusi ja selle õiguslikku reguleerimist juhtudel, kui selle kulud osaliselt või täielikult hüvitab patsiendi asemel keegi teine, eelkõige kindlustus. Ükski riik ei piira reeglina arstiabi inimesele, kes on valmis ja suuteline selle eest täies ulatuses maksma. Küll aga püüab iga riik reguleerida piiriülest tervishoiuteenuste kasutamist riiklikest vahenditest ja seda eelkõige rahaliste vahendite planeerimisvajadusest lähtuvalt. Nii keskendub autor oma magistritöös patsientide vaba liikumisega kaasnevatele õiguslikele probleemidele.

Käesoleva töö eesmärk on uurida, missugused probleemid seoses patsiendiõiguste direktiivi kohaldamisega siseriiklikult on praeguseks esile tulnud ja vajavad täpsustavat regulatsiooni edaspidi. Ülesande raames püütakse jõuda selgusele, kas esilekerkinud probleemid on sarnased kõigis EL liikmesriikides või on osa neist üksnes Eestile omased. Autor kasutab selleks kombineeritud meetodeid. Olulisel kohal on võrdlev-ajalooline ja analüütiline meetod, mis aitavad probleemi põhjalikumalt käsitleda.

Direktiiviga kehtestati nõuded patsientide õiguste kaitseks, mille tulemusena peab paranema inimeste juurdepääs arstiabile ning pikemas perspektiivis säilitama paremini inimeste töövõimet ja aitama kaasa eluea pikenemisele. Direktiiviga on astutud esimene samm kogu Euroopa Liidu tervishoiukorralduse põhimõtete ja kvaliteedi ühtlustamise suunas. Direktiiviga kehtestati horisontaalne raamistik, tagamaks kõigi patsientide õigused, sõltumata nende asukohast ja päritolumaast.

Magistritöö põhiliseks uurimisküsimuseks on selgitada välja, kas tänane Eesti ravikindlustuse seaduse ning selle alusel väljatöötatud teiste normatiivaktide kohaselt toimiv piiriülese tervishoiuteenuse osutamise regulatsioon ja selle rakendamispraktika on kooskõlas direktiivi sätete ning eesmärgiga. Esile kerkinud probleemide analüüsis on olulisel kohal võrdlus teiste liikmesriikidega, sest osa neist on üldisema iseloomuga ning ei võimalda lahendust siseriiklikul tasandil. Lisaks püüab autor välja selgitada kehtiva süsteemi lokaalsed kitsaskohad, mis vajaksid täiendavat regulatsiooni, et olukorda veelgi patsiendisõbralikumaks muuta.

Esimeses osas analüüsib autor ravikindlustuse üldisi põhimõtteid, kasutusel olevate ravikindlustussüsteemide mitmekesisust, selle eesmärgi ja liike. Ravikindlustuskaitse ulatus ja tingimused on ajas muutuvad ning sõltuvad eelkõige konkreetse riigi majanduslikust võimekusest, aga ka ühiskondlikest kokkulepetest ja tervishoiupoliitikast. Põhjalikumalt peatub töö autor Eestis kehtival ravikindlustusel, mis on Eesti õiguses reguleeritud nii seaduse kui ka valdkonna eest vastutava ministri määruse tasandil mitmete erinevate õigusaktidega.

Teises osas keskendub autor patsiendiõiguste direktiivile, selle olemusele ja eesmärgile ning olulisusele käitumisjuhiseks liikmesriikide siseriikliku õiguse arengus. Direktiiv reguleerib nii patsiendi teavitamist ravivõimalustest välisriikides, kui ka konkreetset korda tervishoiuteenuste osutamisel ja võimalike piirangute kehtestamisel. Tähelepanu all on ka terviseandmete liikumine eri tervishoiuteenuse osutajate vahel ja välisriigis väljastatud retseptide tunnustamine.

Kolmandas osas analüüsib autor kehtivat korda siseriiklikus õiguses pärast direktiivi rakendumist 2013. aastal ning patsientide senist käitumist ja mõju haigekassa eelarvele uuenenud tingimustes, mis annavad patsiendile vabaduse valida tervishoiuteenuse osutajat kogu direktiivi kehtivusalas. Magistritöö viimases osas analüüsib autor piiriülese tervishoiu laienemisega seoses esilekerkinud just Eestile omaseid õiguslikke probleeme ning seda, kuidas adekvaatselt on siseriiklik õigus kooskõlas direktiivi kehtestatud nõuetega. Kokkuvõttes püüab autor jõuda selgusele, millised patsientide vaba liikumise tingimustes tõstatunud probleemid vajaksid täiendavat üldist regulatsiooni ja milliseid on võimalik lahendada siseriikliku regulatsiooniga.

1 RAVIKINDLUSTUSE MÕISTE JA OLEMUS

1.1 Ravikindlustuse mõiste ja ravikindlustussüsteemide mitmekesisus

Ravikindlustus on tervishoiukulude katmise süsteem kindlustatud isiku haiguste ennetamise ja ravi, ravimite ja meditsiiniseadmete ostmise rahastamiseks ning ajutise töövõimetuse hüvitiste ja muude hüvitiste maksmiseks ravikindlustuse seaduses sätestatud tingimustel.⁸ Üldine ravikindlustuse eesmärk on seega võimaluste piires inimeste tervise säilitamine ja selle püsiva halvenemise ärahoidmine. Kinnitust on leidnud asjaolu, et inimeste hea tervis ei ole mitte üksnes majandusarengu tagajärg, vaid ka seda mõjutav tegur, sest tervematel inimestel on suurem tootlikkus, ettevõtlikkus, parem haridus ning võimekus panustada vaesuse vähendamiseks. Hästi töötavad sotsiaalkindlustuse süsteemid tagavad mitte ainult inimeste parema tervise, vaid annavad täiendavaid majanduslikke hüvesid. Makroökonoomika komisjoni aruandes toodi juba 2001.aastal välja prognoos, mille kohaselt oodatava eluea pikenemine 10% võrra on seotud aastase majanduskasvu 0,3-0,4 %-lise tõusuga.⁹

Inimõiguste ülddeklaratsioonis on välja toodud põhimõte, et igal inimesel on õigus sotsiaalsele kindlustatusele, sealhulgas arstiabile. Sotsiaalkindlustus on seega laiem mõiste kui tervisekindlustus, tagades inimestele abi vanaduse, töövõimetuse ja puuduse korral. Ühtlasi tagatakse sotsiaalkindlustuse raames teatud ulatuses arstiabi ka neile, kellel ei ole raha tervishoiuteenuse ostmiseks. Samas ei tähenda õigus tervise kaitselisele õigust tervisele. Tervist ei ole õiguslike vahenditega võimalik tagada.¹⁰ Riik on kohustatud astuma tervise kaitses preventiivseid samme, looma tervisekindlustussüsteemi ja tagama igapäevase võimaluse saada arstiabi maksimaalsel saavutataval tasemel. Ebarahuldav tervis ei ole tingitud kitsalt meditsiinilistest, vaid sotsiaalmajanduslikest põhjustest (ebapiisav toitumine, saastatud keskkond jms). Inimestel endil on selles samuti oma osa ebatervislike eluviiside näol (suitsetamine, narkootikumide ja alkoholi tarbimine jms). Paljudes riikides on Eestis kasutusel oleva sotsiaalmaksuga sarnane avalik-õiguslik kohustus sätestatud sundkindlustusena, kuid on riike, kus sotsiaalkindlustust finantseeritakse suures osas tulumaksust. Sotsiaalkindlustussüsteemid võivad riigiti olla üsna erinevad, mõnes riigis on

⁸ Ravikindlustuse seadus § 2 lg 1

⁹ J.Frank,D.de Ferranti. Universal health coverage: good health, good economics. Lancet, Volume 380, Issue 9845, 2012, lk. 862. Arvutivõrgus: [https://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736/380/9845\(19.11.2017\)](https://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736/380/9845(19.11.2017))

¹⁰ E-J. Truuväli. EV põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura, 2008. Lk 305

kasutusel ühtne makse kõikide kindlustusliikide kohta, mõnes riigis on näiteks eraldi pensionikindlustus, ravikindlustus, hoolduskindlustus, tööõnnetuskindlustus jne.¹¹ Maailm ei oma ühtset ravikindlustussüsteemi, vaid see sõltub konkreetse riigi ajaloolistest tavadest, riigikorrast ja majanduslikust võimekusest ning tervise säilitamiseks püstitatud eesmärgist. Kasutusel on erinevad riiklikud ja erakapitalil baseeruvad kindlustussüsteemid ning nende segavormid. Ajalooliselt on kõrvuti esinenud nii vabatahtlikud kui ka kohustuslikud sotsiaalkindlustuse süsteemid, kuid jätkusuutlikumaks on osutunud neist viimased. Väikesed mitteformaalsed vabatahtlikud tervisekindlustuse skeemid võivad olla fondide haldamise ja solidaarsuse õppemudelid, kuid selleks, et saavutada üldine katvus, on vaja riiklikke meetmeid nende skeemide vormistamiseks ja kohustusliku printsiibi kehtestamiseks.

Hinnates kogu tervishoiu- ja tervishoiusüsteemi kulude riski riskikapitali üle, võib kindlustusandja välja töötada rutiinse finantsstruktuuri, nagu näiteks igakuine lisatasu või palgafondimakse, et kindlustada kindlustusmaksete eest kokkulepitud tervishoiuteenuste eest tasumine. Kindlustust haldab keskorganisatsioon, nagu valitsusasutus, eraettevõtte või mittetulunduslik üksus. Majanduslikust aspektist lähtuvalt loetakse kõiki sotsiaalkindlustusmakseid sõltumata nende kehtestamise vormist maksude hulka kuuluvaks, sest tegemist on riigi poolt sundkorras kogutava ja ümberjaotatava rahaga. Jätkusuutlikkuse tagamiseks on vaja volitatud hüvitiste paketti kohandada järk-järgult vastavalt muutuvatele vajadustele, väärtustele ja majanduslikele oludele.

Teadaolevalt vanima riikliku ravikindlustussüsteemiga riik on Saksamaa, mille alguseks loetakse Otto von Bismarcki 1883. aasta ravikindlustuse seadust.¹² Praegu on umbes 88 % Saksamaa elanikkonnast hõlmatud sotsiaalkindlustusega, neist 74 % kohustusliku- ja 14% vabatahtliku sotsiaalkindlustusega.¹³ Range "sektoriseerimine" on Saksamaa tervishoiusüsteemi oluline tunnusjoon. Ambulatoorse ravi eraldamine statsionaarsest ravist on eriti silmatorkav. Haiglad, välja arvatud ülikoolide haiglad, võivad pakkuda ainult

¹¹ Näiteks Soomes käsitlevad tööõnnetuskindlustust erakindlustusseltsid, kuid valitsusasutuste töötajatele hüvitab kindlustuse riik. Euroopa komisjoni koduleht. Tööhõive, sotsiaalküsimused ja sotsiaalne kaasatus. Arvutivõrgus: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1109&langId=en&intPageId=4523>

¹² T.Bäringhausen, R.Saueborn. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? Social Science & Medicine, May 2002, lk. 1559. Arvutivõrgus: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536> (19.11.2017)

¹³ R. Busse. Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System. Health Affairs.vol. 23, no.3: Global Challenges in Health. May, 2004 Arvutivõrgus: <http://www.healthaffairs.org/toc/hlthaff/23/3> (19.11.2017)

haiglaravi.¹⁴ Sektorite kaupa on eraldatud ka korralduslikud määrused ja otsuste tegemise eest vastutavad isikud. Erinevused laienevad teenuste eest tasumisele, hüvitistele, tervishoiuteenuse osutajate ja kindlustuspakkujate valikule ning kvaliteedi tagamisele. 2000. aasta sotsiaalkindlustussüsteemi reformiga ja uue tervisekaitseadusega püüti erinevate valdkondlike komiteede tööd koordineerida, eesmärgiga parandada koostööd ambulatoorsete arstide ja haiglate ning arstide ja teiste tervishoiutöötajate vahel. Seda reguleeriti haigekassade ja tervishoiuteenuse pakkujate vahel sõlmitud lepingute kaudu.¹⁵ Kõik üldised regionaalsed haigekassad (Allgemeine Ortskrankenkassen) ja asendusfondid on seaduslikult kohustatud sõlmima lepingud kõigi soovijatega. Ettevõttepõhised fondid (Betriebskrankenkassen) ja nn. gildifondid (Innungskrankenkassen) võivad jääda suletuks, kuid peavad kindlustatute ringi laiendamisel saama avatuks kõigile kindlustuskaitse taotlejatele. Ainult suhteliselt väikeste põllumeeste, kaevurite ja meremeeste kindlustajad jätkavad endiselt määratud liikmelisuse süsteemi.¹⁶ Saksamaal elades ja töötades tuleb kindlustuskaitse saamiseks registreerida end Saksa ravikindlustusfondis. Tavapäraselt teeb seda töandja ja liikmelisus konkreetsetes kindlustusseltsis kestab tavaliselt 18 kuud. Isikul on õigus kindlustusseltsi vahetada, teatades sellest ette kaks kuud enne 18-kuulise kehtivusaja lõppu. Riiklik tervisekindlustus katab vaid osaliselt hambaravi, ortodontilise ravi ja prillide eest ning tõenäoliselt see loetelu täieneb, sest on üldine surve tervishoiukulude vähendamiseks.¹⁷

Ühendkuningriikide riiklik tervishoiusüsteem (NHS- *National Health Service*) on riiklikult rahastatud tervishoiusüsteem, mis hõlmab kõiki Ühendkuningriigis elavaid inimesi.¹⁸ See ei ole rangelt kindlustusskeem, sest puudub kindlustusmaksete kogumise süsteem ja kulud kaetakse üldistest maksudest laekuva raha arvel. NHS katab enamiku tervishoiuteenuseid, sealhulgas esmaabi, statsionaarse ravi, pikaajalise tervishoiuvajaduse ja hambaravi. Eraõiguslik tervishoid esineb paralleelselt NHS-ga, kuid seda kasutab vähem kui 8%

¹⁴ Haiglaravi e statsionaarne ravi on tervishoiuteenus, mille osutamiseks on vajalik inimese ööpäevaringne viibimine haiglas. Ambulatoorne ravi on tervishoiuteenus, mille osutamiseks inimese ööpäevaringne viibimine haiglas ei ole vajalik. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus § 2 lg-d 2 ja 3.

¹⁵ R. Busse. Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System. Arvutivõrgus:<http://www.healthaffairs.org/toc/hlthaff/23/3> (19.11.2017)

¹⁶ R. Busse. Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System. Health Affairs.vol. 23, no.3: Global Challenges in Health. Arvutivõrgus:<http://www.healthaffairs.org/toc/hlthaff/23/3> (19.11.2017)

¹⁷ EXPATICA.Germany, Healthcare. Arvutivõrgus: <https://www.expatica.com/de/healthcare/> (21.04.2018)

¹⁸ National Health Service in England koduleht. Arvutivõrgus: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> (19.11.2017)

elanikkonnast ja üldjuhul kuni NHS-i teenuste lisandumiseni. kasumit, kasum võib tulla lisakindlustuskaitse pakkumise arvelt.¹⁹

Rootsis toimib riigieelarvest rahastatav tervishoid: tervishoiukulud moodustasid 2014. aastal 11 protsenti SKT-st. Rootsis vastutab riiklikul tasandil tervishoiu- ja sotsiaalministeerium inimeste tervise ja tervishoiu poliitika eest spetsiaalsete valitsusasutuste kaudu. Piirkondlikul tasandil vastutavad kodanike tervishoiuteenuste rahastamise ja - osutamise eest 12 maavalitsust ja 9 piirkondlikku organit. Kohalikul tasandil vastutavad eakate ja puuetega inimeste hooldamise eest 290 omavalitsust.

Rootsis lähtub tervishoiukorraldus kolmest põhiprintsiibist:

- a) Inimväärikus: kõigil inimestel on võrdsed õigused väärikusele olenemata nende staatusest kogukonnas.
- b) Vajadus ja solidaarsus: kõige enam abi vajavad inimesed peavad olema ravi saamise suhtes ülimuslikud.
- c) Kulutõhusus: ravivalikul tuleb lähtuda mõistlikust kulude ja tulude tasakaalust, hinnates inimese tervise ja elukvaliteedi paranemist.

Kindlustuskaitse on universaalne ja automaatne. 1982. aasta tervishoiu- ja meditsiiniteenuste seaduses sätestatakse, et tervishoiusüsteem peab hõlmama kõiki seaduslikke elanikke. Vältimatut abi saavad kõik Euroopa Liidu / Euroopa Majanduspiirkonna riikide patsiendid ja ka patsiendid riikidest, kellega Rootsi on sõlminud kahepoolsed lepingud. Täiskasvanud varjupaigataotlejatel ja dokumentideta täiskasvanutel on õigus saada ravi ja hooldust, mida ei saa edasi lükata (nt rasedus- ja sünnituspuhkus).²⁰

Soome sotsiaalkindlustus jaguneb elukohapõhiseks sotsiaalkindlustuseks ja tööhõivel põhinevaks sissetulekuga seotud sotsiaalkindlustuseks. Elukohapõhist sotsiaalkindlustust finantseeritakse maksudest ja seda haldab Soome sotsiaalkindlustusasutus Kela.²¹ Riikliku ravikindlustusega on kaetud kõik Soome alalised elanikud, mis tagab arstiabi olenemata nende finantsolukorrast. Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutavad kohalikud tervisekeskused ja spetsialiseerunud arstiabi osutavad haiglad. Samas kasvab Soomes

¹⁹ Schwartz, Nelson D. "Swiss health care thrives without public option". The New York Times. 30.09.2009. Arvutivõrgus: <http://www.nytimes.com/2009/10/01/health/policy/01swiss.html?pagewanted=all> (29.10.2017)

²⁰ A. H. Glenngård. The Swedish Health Care System. The Commonwealth Fund koduleht. Arvutivõrgus: <http://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> (27.11.2017)

²¹ EXPAT Finland koduleht. Soome kontaktpunkt. Arvutivõrgus: https://www.expats-finland.com/living_in_finland/social_security.html (01.03.2018)

pidevalt eratervishoiuasutuste võrk eelkõige lihtsa broneerimise ja minimaalse ooteaja tõttu võrreldes juurdepääsuga riiklikele tervishoiuteenustele. Eraõiguslikud tervishoiuteenused maksavad veidi rohkem, kuid märkimisväärse osa kuludest hüvitab endiselt Kela. Kõige laialdasemalt kasutatakse eraõiguslikest tervishoiuteenustest hambaarsti-, töötervishoiuteenuseid ja füsioteraapiat. Osaliselt hüvitatava ravikindlustuse hulka kuuluvad arstide tasud, hambaravi kulud, uurimis- ja ravikulud jne. Sarnaselt Eestiga ei arvestata hüvitise maksmisel sel juhul mitte tegelike kulude, vaid Kela määrade järgi.

Prantsusmaal on tervishoiusüsteemis kõrvuti era- ja avaliku sektori haiglad. Tervishoiukulud rahastatakse enamuses riiklikult. Samas on kõigil Prantsusmaal elavatel isikutel kohustus omada ravikindlustust. 2016.aastal hakkas kehtima uus universaalne süsteem Maladie Universelle (PUMA), mis katab tavapäraseid tervishoiukulud, kui isik on Prantsusmaal seaduslikult elanud kolm kuud järjest. Selline piiramatu tervishoiuteenuste kättesaadavus on automaatne ja pidev õigus olenemata vanusest, varasematest haigustest ja sotsiaalkindlustusmaksete tasumisest. Kõik isikud alates 16-ndast eluaastast peavad olema registreerunud perearsti nimistus, mis tagab neile ravikulude hüvitamise. Riikliku tervisekindlustuse kaudu hüvitatakse tavaliselt ligikaudu 70% ambulaatorsest- või hambaravit, umbes 80 % haiglaravi kuludest ja 100 % arsti poolt määratud ravimitest. Kindlustuskaitse ulatuse suurendamiseks võib lisaks sõlmida erakindlustuslepingu. Erinevalt eratervisekindlustusest mõnes teises Euroopa riigis ei garanteeri see Prantsusmaal kiiremat ravi, vaid on riikliku tervisekindlustuse poolt katmata kindlustuskaitse kompenseerimise viis. Tervishoiuteenuste hinnad on riiklikult kinnitatud ja seetõttu võib eraraviasutustes lisanduda täiendav kulu teenuse saamisel, mis on tingitud asutuse enda poolt määratud kõrgematest hindadest.²²

Hispaanias on samuti tegemist universaalse kindlustuskaitsega, mis hõlmab umbes 98,7 % elanikkonnast, kuid tervishoiukulutused on viimastel aastatel vähenenud ja ooteajad võivad olla pikad. 2016 aastal oli keskmine ooteaeg 89 päeva. Hispaanias on nii era- kui riiklikud tervishoiuasutused, kusjuures mõned neist pakuvad mõlemaid paralleelselt ühes asutuses. Tervishoiuteenuste rahastamine toimub sotsiaalkindlustusmaksetest ja kindlustuskaitse hõlmab ka töötavate isikute abikaasale ja lastele tingimusel, et nad elavad

²² EXPATICA. France, Healthcare. Arvutivõrgus: <https://www.expatica.com/fr/healthcare/> (21.04.2018)

Hispaanias. Riiklik ravikindlustus ei kata hambaravi ja selle eest tuleb ise maksta või sõlmida erakindlustusleping.²³

Erinevate riikide ravikindlustussüsteemide tundmaõppimine ja võrdlemine on mitte üksnes akadeemiline vajadus, vaid olulisel määral praktiline vajadus, mis kaasneb ptsiendiõiguste direktiivi kehtestamisele. Patsientidele direktiiviga antud vabadus piiriüleste tervishoiuteenuste tarbimiseks teeb paratamatult vajalikuks teatud üldistuste tegemise edasiste õiguslike reeglite kujundamiseks piiriüleses ravis. Ravikindlustussüsteemide võrdlev käsitlus annab ka uut teadmist selle kohta, mida saaks ja võiks paremaks muuta siseriiklikus õiguses. Võrdlev käsitlus annab ka informatsiooni selle kohta, kuidas on erinevates liikmesriikides korraldatud juurdepääs tervishoiuteenustele ja missuguste eripäradega peab välisriigis arstiabi sooviv patsient arvestama.

1.2 Ravikindlustussüsteem Eestis ja selle olemus

Eesti Vabariigi põhiseaduse § 28 lõige 1 on järgmise sõnastusega: "Igaühel on õigus tervise kaitsele".²⁴ Viidatud põhiseaduse säte on üldsõnaline ja deklaratiivne ning selle alusel ei saa inimene nõuda endale kindlat tervishoiuteenust või ravimit. Põhiseadus kohustab riiki tagama inimese õiguse realiseerumise konkreetsete meetmete ja õigusaktide kaudu. Riigi kohustuseks ei loeta mitte ainult tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamist, vaid ka tervisliku elukeskkonna säilitamist ning võimaluste loomist tervislike eluviiside harrastamiseks. Õigus tervise kaitsele tähendab ka õigust olla vaba tervise riivetest, tervisekahjustustest, mis seonduvad põhiseaduses sätestatud õigusega enesemääramisele²⁵ ja kehalisele puutumatusele²⁶.

Eesti Vabariigis on kasutusel solidaarne ravikindlustus, mille kohaselt kõik ravikindlustatud saavad ühesugust arstiabi, vaatamata nende rahalise panuse suurusele, isiklikule terviseriskile või vanusele. Solidaarsust ning võrdsust tagava ravikindlustussüsteemi toimimist reguleerib 19.06.2002 vastu võetud Ravikindlustuse seadus. Tegemist on kohustusliku sundkindlustusega²⁷, mille puhul kasutatakse laekuvaid makseid ainult kindlustatute huvides ja kindlustusandjaks on Eesti Haigekassa.²⁸ Kindlustatud on kõik,

²³ EXPATICA. Spain, Healthcare. Arvutivõrgus: <https://www.expatica.com/es/healthcare/> (21.04.2018)

²⁴ EV põhiseadus § 28

²⁵ EV põhiseadus § 19 lg 1

²⁶ EV põhiseadus § 26

²⁷ RaKS § 3 lg 2

²⁸ RaKS § 3 lg 1

kelle eest on makstud sotsiaalmaksu või siis nendega seaduse alusel võrdsustatud isikud. Poolte vahel ei ole mingit läbirääkimiste ruumi ja sellest ei ole ka võimalik hoiduda, sest maksed on automaatsed. Isikul ei ole võimalik valida ei seda, millise kindlustusandja juures ta ennast kindlustab, ega ka seda, kui suur on tema kindlustuskaitse ulatus.²⁹ Sundkindlustuse puhul on lubatud suurem otsustusõiguse delegeerimine täidesaatavale võimule, sest sundkindlustuse maksete suurus sõltub kindlustusriskidest ja väljamaksete suurusest, mida seadusandja ei suuda operatiivselt arvestada. Eesti Vabariigi põhiseaduse § 113 sätestab, et riiklikud maksud, koormised, lõivud, trahvid ja sundkindlustuse maksed sätestab seadus.³⁰ Ravikindlustussüsteemi rahastatakse sotsiaalmaksust, mille määr on seadusega kehtestatud. Sotsiaalmaksu määr on 33% ja sellest ravikindlustusele suunatakse 13%. Eestis kehtiv sotsiaalmaks vastab üheaegselt nii sihtotstarbelise maksu kui sundkindlustuse tunnustele, sest osaliselt finantseeritakse sotsiaalmaksust sotsiaalkindlustussüsteemi tervikuna (st vastuhüve puudub), osaliselt kindlustatakse konkreetse isiku riske (st vastuhüve on olemas). Sotsiaalmaksuseaduse § 1 defineerib sotsiaalmaksu kui sihtotstarbelist maksu, mille kogumise eesmärk on riiklikuks pensioni- ja ravikindlustuseks vajaliku tulu saamine.³¹ Sotsiaalkindlustuse vastuhüvesid reguleerivad riikliku pensionikindlustuse seadus ja ravikindlustuse seadus.

Riskide hajutamine toimub kindlustusele omaselt ja vastuhüve saamise õigus eeldab kindlustusjuhtumi saabumist (haigestumine, pensioniikka jõudmine). Siiski puudub enamikul juhtudel konkreetne seos isiku poolt makstud summa ja saadava vastuhüve vahel. Eesti sotsiaalkindlustus toimib solidaarsusprintsiiibil ning riskid hajutatakse kogu maksukohustusega hõlmatud sihtgrupi ulatuses. Sotsiaalmaksu maksvad töötajad ei maksa mitte ainult enda, vaid ka mõne mittetöötava inimese (laps, pensionär, töötu, invaliid jt) eest. Sotsiaalmaksust laekuvast rahast kulutatakse teatud osa ka nende inimeste ravikindlustuseks, kes pole kunagi tööl käinud. Samuti esineb juhtumeid, kus kindlustatu sureb enne pensioniikka jõudmist ning oma elu jooksul ravikindlustuse teenuseid ei kasuta, kuid see ei anna alust nõuda tasutud maksu tagastamist pärijatele. Kokkuvõtvalt tähendab solidaarsusprintsiiip ravikindlustuses seda, et süsteemi panustamisel võetakse arvesse üksnes inimese võimekust, süsteemist hüve saamisel aga inimese konkreetset vajadust ilma

²⁹ A.Nõmper, J.Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn:Juura 2007. lk 47

³⁰ Eesti Vabariigi põhiseadus § 113

³¹ Sotsiaalmaksuseadus § 1

varasemat panust arvestamata. Erandiks on ajutise töövõimetuse hüvitise maksmine, mis on sõltuvuses varasemast töötasust.³²

Ravikindlustus on seaduses defineeritud kui tervishoiukulude katmise süsteem kindlustatud isiku haiguste ennetamise ja ravi, ravimite ja meditsiiniseadmete ostmise rahastamiseks ning ajutise töövõimetuse hüvitiste ja muude hüvitiste maksmiseks.³³

Eesti ravikindlustussüsteem järgib rahvusvaheliselt heaks kiidetud põhimõtteid: 1) võimalikult suur osa rahvastikust peab olema ravikindlustusega kaetud 2) ravikindlustuse ulatus peab olema võimalikult suur, st solidaarne ravikindlustus pakub võimalikult ulatuslikku ja terviklikku, tänapäevast tervishoiuteenuste paketti 3) ravikindlustus peab olema võimalikult laialdane, st inimese omaosalus kogu ravikulust peab olema optimaalne ega tohi viia vaesusriskini.³⁴ Ravikindlustussüsteemi väljamaksed jagunevad kahte peamisesse gruppi. Esiteks tervishoiuteenuste finantseerimise tagamine, mis hõlmab haiguste ennetamise ja ravi ning ravimite ja meditsiiniliste abivahendite ostmise kulud. Teiseks aga kindlustatud isikutele ajutise töövõimetushüvitiste ja muude hüvitiste maksmise tagamine. Ravikindlustussuhtes on kolm osapoolt: Eesti Haigekassa kui kindlustusandja, kindlustatud isik ning tööandja.³⁵ Kindlustatute arv seisuga 31.12.2016 oli 1 237 277 inimest ning ei ole muutunud võrreldes 2015. aastaga, kuid mõnevõrra suurenenud võrreldes 2014 aastaga, kui kindlustatuid oli 1 232 819.³⁶ Statistiliselt on haigekassa tulubaasi ja võimekuse seisukohalt esmatähtis töötavate kindlustatute kategooria, kelle osakaal ravikindlustatute seas kahjuks näitab jätkuvalt kahanevat trendi. 2016. aastal oli tööga hõivatuid 65,6 % tööealistest ja töötuse määr 6,8 %.³⁷ Töötavate kindlustatud inimeste arv on aastaga (2016 vs 2015) vähenenud 2%, moodustades 48,9% kindlustatute koguarvust.³⁸ Praegu kehtivate seaduste alusel ei saa Eesti Haigekassa minna pankrotti, sest kui Eesti Vabariik kehtestab tervishoiuteenuste hinnakirja või ravimite hinnad, mis ravikindlustusmaksu alalaekumise tõttu ei võimalda Eesti Haigekassal kõiki väljamakseid teha, vastutab haigekassa kohustuste täitmise eest riik.³⁹

³² A.Nõmper, J.Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura 2007. lk 49

³³ RaKS § 2

³⁴ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, Tallinn 2017. lk 10

³⁵ RaKS § 5 lg 1

³⁶ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, Tallinn 2017. lk 34

³⁷ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, Tallinn 2017. lk 35

³⁸ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, Tallinn 2017. lk 34

³⁹ Eesti Haigekassa seadus § 5 lg 4 p 2 ja § 5 lg 5

1.3 Ravikindlustushüvitise mõiste ja liigid

Nõudlus tervishoiuteenuste järele on alati suurem kui riigi rahalised võimalused ning seetõttu on ravikindlustushüvitiste piiritlemine, planeerimine ja täiustamine järjepidev protsess, mille aluseks on pikaajalised prognoosid (30+ aastat). Ravikindlustushüvitise mõiste piiritleb kindlustuskaitsega hõlmatud isikute rahalised ja mitterahalised hüvitised seadusega kehtestatud piirides. Mitterahaline hüvitis on kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus, vajalik ravim ja meditsiiniseade, mida kindlustatud isikule võimaldavad ravikindlustuse seaduses sätestatud tingimustel haigekassa ja temaga vastava lepingu sõlminud isikud. Rahaline hüvitis on rahasumma, mida haigekassa on kohustatud ravikindlustuse seaduses sätestatud tingimustel maksma kindlustatud isikule tema tervishoiuks tehtud kulutuste eest ja ajutise töövõimetuse korral.⁴⁰ Mitterahalise ravikindlustushüvitise alla kuuluvad haiguste ennetamiseks või raviks osutatud tervishoiuteenus (tervishoiuteenuse hüvitis) ja ravim või meditsiiniseade (ravimihüvitis ja meditsiiniseadmehüvitis), mida haigekassa poolt rahastatakse kas täielikult või osaliselt.⁴¹ Üld- ja eriarstiabi rahastamine moodustab põhiosa ravikindlustuse kuludest, mis on eriti oluline inimeste elukvaliteedi ja töövõime tagamisel. Haiguste ennetamise all mõistetakse nii neid tegevusi, mis on otseses seoses riigi rahvastiku tervise arengukavaga ning mis tõenduspõhiselt aitavad kaasa haiguste varajasele avastamisele (tervisekontrollid, rasedate ja vastsündinute sõeluuringud) kui ka tegevusi, mis on suunatud krooniliste haiguste ägenemiste ja neist põhjustatud tüsistuste vähendamiseks või ärahoidmiseks. Haiguste ennetamisega tegeletakse tervishoiu igal tasandil, kuid haigekassa vahenditest toetatakse ainult väikest osa ennetustegevustest.⁴² Ravimihüvitise toimimise süsteem on patsiendisõbralik s.t et haigekassa tasub osa tervishoiutöötaja poolt kirjutatud retsepti alusel väljastatava ravimi maksumusest ja see summa arvestatakse maha apteegis ning patsient saab ravimi kohe soodushinnaga ja ei pea hüvitist taotlema tagantjärele. Ravikindlustuse seadusele tuginevad erinevate haiguste ja ravimite puhul kehtivad soodusmäärad on kehtestatud Vabariigi Valitsuse, sotsiaalministri ning tervise- ja tööministri määrustega. Ambulatoorseks kasutamiseks mõeldud soodusravimite hüvitamine patsientidele on haigekassa jaoks avatud kohustus ja tähendab seda, et haigekassa on kohustatud vajaduspõhised ravimid seaduses määratud ulatuses hüvitama ega saa vahendite

⁴⁰ RaKS § 25 lg 1

⁴¹ RaKS § 25 lg 2

⁴² Näitena võib siinkohal ära tuua rinnavähi varajase avastamise sõeluuringu ning noorte reproduktiivtervise alase nõustamise ja seksuaalsel teel levivate haiguste ennetamise. Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, lk 44

puudumisele viidates hüvitamisest keelduda.⁴³ Kulud ravimhüvitistele suurenevad aasta-aastalt, sest kompenseeritavate ravimite loetellu lisanduvad uued toimeained ja ravimvormid. Enim ravikindlustuse vahendeid nõuavad Eestis suhkruhaiguse ravis kasutatavad soodusravimid ja seda peamiselt patsientide arvu järjekindla kasvu tõttu.⁴⁴ Kokkuvõttes rahastas haigekassa soodusravimeid ühe kindlustatud patsiendi kohta 2016. aastal keskmiselt 106 euro eest ja see summa on kasvanud võrreldes 2015. aastaga 16,5 %.⁴⁵ Kindlustatud isikul ei ole õigust nõuda mitterahaliste ravikindlustushüvitiste hulka kuuluvate teenuste või ravimite või meditsiiniseadmete saamiseks kulutatud raha või muud vara haigekassalt tagasi. Rahalise ravikindlustushüvitise hulka kuuluvad kindlustatud isikule haigekassa poolt makstavad ajutise töövõimetuse hüvitis, täiskasvanu hambaproteesihüvitis, täiendav ravimihüvitis, väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis ja piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis.⁴⁶ Ajutise töövõimetuse hüvitis on rahaline kompensatsioon, mida haigekassa maksab töövõimetuslehe alusel kindlustatud isikule, kellel jääb töö- või teenistuskohustustest või majandus- või kutsetegevusest ajutise vabastuse tõttu saamata isikustatud sotsiaalmaksuga maksustatav tulu.⁴⁷ Ajutise töövõimetuse hüvitiste alla kuuluvad haigus-, hooldus-, sünnitus- ja tööõnnetushüvitised. Ajutise töövõimetuse hüvitiste maksmine on pideva kasvuga vaatamata töötavate kindlustatute arvu vähenemisele. 2016. aastal hüvitas haigekassa 221 000 kindlustatu haigushüvitise, mis on võrreldes eelmise aastaga kasvanud 13 000 inimese võrra. Kõige rohkem hüvitab haigekassa 8-päevaseid haiguslehti.⁴⁸

Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis ongi käesolevas magistritöös põhiliselt vaadeldav ja analüüsitav patsientide vaba liikumise korral. Eestis kehtiv hüvitiste süsteem peab olema vastavuses 1952. aastal vastu võetud rahvusvahelise tööorganisatsiooni (ILO) konventsiooniga nr.102: Sotsiaalkindlustuse (miinimumstandardid) konventsioon, mis ühendab kõik sotsiaalkindlustuse valdkonnad ja sätestab neile miinimumstandardid. Konventsiooniga ühinenud riigid tagavad kaitstavatele isikutele hüvitise andmise seoses ennetava või raviotstarbelise arstiabi mis tahes haigusseisundite korral, olenemata selle

⁴³ RaKS § 41

⁴⁴ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, Tallinn 2017. lk 83

⁴⁵ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, Tallinn 2017. lk 82

⁴⁶ RaKS § 25 lg 4

⁴⁷ RaKS § 50 lg

⁴⁸ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016, Tallinn 2017. lk 88

põhjustest, rasedusest ja sünnitusest ning nende tagajärgedest.⁴⁹ Kehtestatud õigusaktid peavad olema vastavuses ka 1964. aastal (revideeritud 1990) vastu võetud Euroopa sotsiaalkindlustuse koodeksiga, mis ILO konventsioonist kõrgematel tingimustel määratleb Euroopa sotsiaalkindlustuse normid ja kehtestab kaitse miinimumtasemed, mida osapooled peavad pakkuma sellistes valdkondades nagu pensionid, töötushüvitised ja invaliidsushüvitised, arstiabi jne. Revideeritud teksti olulisemad parandused on suuremad hüvitiste määrad, hüvitiste taseme ja kestuse pikendamine, uute hüvitiste lisamine, toetuse saamise tingimuste leevendamine, suurem ennetusmeetmete arv ja igasuguse soolise diskrimineerimise puudumine.⁵⁰

⁴⁹ Convention concerning Minimum Standards of Social Security. ILO convention No 102. Genf, 28.06.1952. Art 7 ja 8. Arvutivõrgus: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247 (03.03.2018)

⁵⁰ European Code of Social Security. Council of Europe, 1964. Arvutivõrgus: <https://rm.coe.int/168006b65e> (13.03.2018)

2 PATSIENTIDE VABA LIIKUMISE DIREKTIIV 2011/24/EL

2.1 Euroopa Liidu õigus enne direktiivi

Tähelepanu pööramine haiguste ravimisele ja inimese tervisele, kui vajalikule komponendile ühiskonna toimimisel, on ilmselt sama vana kui inimkond ja seda tõendab arstiabi ajalooline areng. Teaduse areng ja teadussaavutuste rakendamine igapäevaelus on järjepidevalt täpsustanud haiguste tekkepõhjust, kirjeldanud uusi haigusi ja suurendanud ravivõimalusi. Inimühiskonna areng ja rahvusvaheline koostöö on võimaldanud teadmiste levikut ja uute ravivõimaluste laiaulatuslikku kasutamist kogu maailmas. Praegu on kasutusel Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) 1948. aastal esitatud määratlus, mille kohaselt tervis on füüsiline, vaimne ja sotsiaalne heaolu, mitte ainult haiguse puudumine.⁵¹ Inimeste tervis mõjutab märkimisväärselt nende võimet igapäevaelus toime tulla, nende sotsiaalset ja majanduslikku panust riigi ülesehitamisel ja riigi üldist edukust. Õigus tervise kaitsele on tunnustatud inimeste põhiõigusena, üldise inimõigusena, mis kehtib igale inimesele ilma igasuguste lisatingimusteta. Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni Peaassamblee poolt 10.12.1948 vastu võetud ÜRO Inimõiguste ülddeklaratsioonis on kirjas põhimõtte, et kõikidele inimestele peavad olema tagatud vajalikud eeldused parima võimaliku tervises seisundi saavutamiseks. Inimõiguste ülddeklaratsiooni artiklites 22 ja 25 on välja toodud põhimõtte, et igal inimesel on õigus sotsiaalsele kindlustatusele, sealhulgas arstiabile, samuti õigus kindlustatusele tööpuuduse, haiguse, invaliidsuse, lehestumise ja vanaduse või muu elatusvahenditest ilmajäämise puhul, mis ei olene temast endast.⁵² Igal inimesel peab olema võimalus elada tervist toetavas keskkonnas ja teha tervislikke valikuid ning inimeste ja ühiskondlike organite kohustus on riiklike ja rahvusvaheliste edumeelsete abinõudega neid õigusi ja vabadusi üldiselt ja tõhusalt tunnustada ja järgida. See kehtib nii liikmesriikide kui ka nende jurisdiktsiooni all olevate territooriumide rahvaste kohta.⁵³

Inimeste sotsiaalsete õiguste tagamiseks on Euroopa tasandil välja töötatud mitmeid erineva detailsustasemega õigusakte, mille esmane loomine toimus eelmise sajandi keskel. Üheks olulisemaks raamdokumendiks saab lugeda Euroopa sotsiaalharta, mida saab käsitleda kui Euroopa inimõiguste konventsiooni teist osa. Euroopa sotsiaalharta on Euroopa Nõukogu

⁵¹ Eesti Statistika andmebaas. Sotsiaalelu. Tervis. Arvutivõrgus: <http://www.stat.ee/63630> (10.12.2017)

⁵² The Universal Declaration of Human Rights. Art.22 ja 25. Arvutivõrgus:<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> (10.12.2017).

⁵³ The Universal Declaration of Human Rights.Preambul. Arvutivõrgus:<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> (10.12.2017).

inimõigusi kaitsev rahvusvaheline leping ja sätestab inimeste sotsiaalsed ja majanduslikud põhiõigused ning kehtestab samaaegselt järelevalvemehhanismi, et tagada nende õiguste järgimine hartaga ühinenud riikides. Euroopa sotsiaalharta allkirjastati 18. oktoobril 1961. aastal Torinos. Harta parandatud ja täiendatud versioon allkirjastati 3. mail 1996. aastal Strasbourgis ning on suunatud liikmesriikide valitsustele.⁵⁴ Euroopa Nõukogu 47 liikmesriigist on sotsiaalharta ratifitseerinud 43 riiki. Eesti ratifitseeris Euroopa sotsiaalharta mittetäielikult 31. mail 2000. aastal.⁵⁵

Sotsiaalharta ratifitseerimisel peab iga lepinguosaline riik tunnistama ennast seotuks vähemalt 16 harta artikliga 31-st või 63 nummerdatud lõikega 98-st. Seega ei ole harta automaatselt siduv kogu mahus ning lepinguosalistel riikidel on võimalik jätta mõned harta sätted ratifitseerimata. Sotsiaalharta ratifitseerimisel 2000. aastal tunnistas Eesti ennast seotuks harta 79 nummerdatud lõikega 98-st.⁵⁶ 2012. aastal ratifitseeris Eesti täiendavalt 8 harta nummerdatud lõiget, sh. artikli 26 (õigus väarikale kohtlemisele töökohal) ja artikli 30 (õigus kaitsmisele vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse eest), mis jäid algselt ratifitseerimata.⁵⁷

Sotsiaalharta ühelt poolt kohustab lepingupooli võimaluste piires likvideerima terviserikete põhjuseid (artikkel 11 sätestab õiguse tervise kaitsmisele), teiselt poolt aga sätestab õiguse saada sotsiaal- ja meditsiiniabi (art 13) ning kohustuse tagada ka igale piisavate elatusvahenditeta isikule küllaldane abi ning haigestumise korral oma haigusseisundile vastava hoolduse.⁵⁸ Nimetatud õigus kehtib võrdselt iga liikmesriigi oma kodanikele ja seaduslikult riigi territooriumil viibivatele teiste lepingupoolte kodanikele. Sotsiaalharta võetud kohustuste kohta tuleb aru anda igal aastal. Riikide aruanded vaatab läbi Euroopa Sotsiaalõiguste Komitee, kes teeb järeldused, kas riigid täidavad võetud kohustusi või esineb nende tegevuses vajakajäämisi. Tehtud järeldused on aluseks riigi sotsiaalpoliitiliste otsuste tegemisele ja seadusandluse täiendamisele.

1. juulil 1954. a. jõustus Euroopa sotsiaalse ja meditsiinilise abi konventsioon⁵⁹, mille eesmärgiks on laiendada riikide sotsiaalset koostööd ja kaotada diskrimineerimine Euroopa

⁵⁴ Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta. Arvutivõrgus: <https://www.riigiteataja.ee/akt/78197> (10.12.2017)

⁵⁵ Euroopa Liidu infokeskus (uuendatud 26.05.2017) Arvutivõrgus: https://elik.nlib.ee/k-v-andmebaas/page/5/?kv_id=605&show_all=1 (10.12.2017)

⁵⁶ Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta ratifitseerimise seadus

⁵⁷ Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta ratifitseerimise seaduse muutmise seadus

⁵⁸ Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta. Art 13. Arvutivõrgus: <https://www.riigiteataja.ee/akt/78197> (10.12.2017)

⁵⁹ European Convention on Social and Medical Assistance. Council of Europe. Pariis 1953. Arvutivõrgus: www.conventions/coe/int/Treaty/EN (08.01.2018)

Nõukogu liikmesriikide kodanike vahel sotsiaal- ja meditsiinilise abi valdkonnas. Konventsioonis kokkulepitu kohaldamise tingimuseks on isiku õigus seaduslikult viibida vastava liikmesriigi territooriumil.⁶⁰ Lepinguosaline riik ei saa saata teise lepinguosalise riigi isikut tagasi pelgalt seetõttu, et isik vajab abi. Tagasisaatmine on võimalik üksnes piiratud juhtudel, mis on ära toodud konventsiooni artiklis 7. Seejuures on määrav tähtsus isiku vanusel, konventsiooniosalise riigi territooriumil järjepidevalt elatud ajal ja isiku tervislikul seisundil, mis võimaldab teda päritoluriiki transportida ilma seisundit halvendamata. Konventsiooniosaline kasutab kodumaale tagasisaatmise õigust mõõdukalt ja ainult juhul, kui see ei ole vastuolus humaansuspõhimõttega. Eesti Vabariigi suhtes jõustus vastav konventsioon ning selle protokoll 1.augustil 2004.⁶¹ Konventsiooni sätted aga ei piira riigi õigusaktide, rahvusvaheliste konventsioonide ega kahe- või mitmepoolsete lepingute sätteid, mis on abisaaja suhtes konventsioonis sätestatust soodsamad.⁶²

2.2 Patsiendiõiguste direktiivi vajalikkus ja eeltööd

Inimeste tervislik seisund on ajas dünaamiliselt muutuv ning ei sõltu enamasti isiku tahtest ega asukohast, seega on loomulik, et Euroopa Liidu piires aktiveerunud inimeste liikumine seoses tööülesannete ja turismi laienemisega suurendab ühtlasi ka vajadust tervishoiuteenuste järele väljaspool koduriiki. Lisaks ettenägematutele terviseriketele esineb olukordi, kus inimesed soovivad saada mõnda liiki tervishoiuteenust teises liikmesriigis ettekavatsetult ka näiteks seetõttu, et kitsalt spetsialiseeritud teenused ja asjakohane asutus piiräärsetes piirkondades asub inimesele ligemal just naaberriigis⁶³. Mõnikord soovivad patsiendid end ravida välismaal teises liikmesriigis elavate lähedaste tõttu või ka sooviga saada juurdepääs ravimeetodile, mida kindlustajaliikmesriigis ei pakuta. Harv ei ole arvamus, et mõnes teises liikmesriigis pakutakse koduriigist kvaliteetsemaid tervishoiuteenuseid.

Vajadus piiriüleste tervishoiuteenuste järele on ka liikmesriikide tervishoiusüsteemides endis tõusetunud, sest väikestes liikmesriikides (näiteks Malta, aga ka Eesti) ei ole jõukohane pakkuda kõiki ülimalt spetsialiseeritud ja kallihinnalist aparatuuri vajavaid

⁶⁰ European Convention on Social and Medical Assistance. Art 1. Arvutivõrgus: www.conventions/coe/int/Treaty/EN (08.01.2018)

⁶¹ Euroopa sotsiaal- ja meditsiiniabi konventsioon. Art.1. Arvutivõrgus: [https://www.riigiteataja.ee/akt/741727\(10.12.2017\)](https://www.riigiteataja.ee/akt/741727(10.12.2017))

⁶² Euroopa sotsiaal- ja meditsiiniabi konventsioon. Art.18. Arvutivõrgus: [https://www.riigiteataja.ee/akt/741727\(10.12.2017\)](https://www.riigiteataja.ee/akt/741727(10.12.2017))

⁶³ Näitena võib tuua siinkohal Valga Haigla Läti Vabariigi Valka linna elanikele.

teenuseid. Isegi suurte riikide jaoks ei ole mõttekas arendada äärmiselt haruldaste haiguste diagnostika- ja ravivõimalusi, kui saab patsiente suunata mõnesse Euroopa tippkeskusesse.⁶⁴

Euroopa Liidu liikmesriikide tervishoiukorraldused, teenuste paketid ja hüvitamise meetmed varieeruvad sõltuvalt riigi ajaloolistest tavadest ja rahastamisvõimalustest. Liikmesriigid erinevad üksteisest nii tervishoiuvaldkonda reguleerivate õigusaktide, kehtestatud kvaliteedi- ja ohutusstandardite kui ka ohutus- ja ravijuhiste poolest. 2004.aastal kutsusid riikide tervishoiuministrid ja teised sidusrühmad Euroopa Komisjoni üles uurima, kuidas oleks võimalik parandada õiguskindlust piiriüleste tervishoiuteenuste valdkonnas, järgides Euroopa Kohtu kohtupraktikat seoses patsiendi õigusega saada ravi teises liikmesriigis. Vajadus uue õigusakti järgi tulenes suuresti asjaolust, et tervishoid on siseturu teenuseid käsitleva direktiivi 2006/123/EÜ kohaldamisalast välja jäetud. Leiti, et kuna tervishoiuteenused on eripärased ja tehniliselt keerukad, omavad suurt tähtsust avalikkusele ning on riiklikus rahastamises suure osakaaluga, on vajalik välja töötada eraldi tervishoiuteenustele suunatud poliitikaalgatus. 2006. aasta juunis võttis nõukogu vastu järeldused Euroopa Liidu tervishoiusüsteemide ühiste väärtuste ja põhimõtete kohta, milles ta teatas, et peab eriliselt väärtuslikuks iga asjakohast tervishoiualast algatust, mille eesmärk on anda Euroopa kodanikele selge ettekujutus nende õigustest ühest Euroopa Liidu liikmesriigist teise liikumisel ning talletada kõnealused väärtused ja põhimõtted õiguskindluse tagamiseks õiguslikus raamistikus.⁶⁵ Ametlik arutelu piiriüleste tervishoiuteenustega seotud konkreetse algatuse üle algas 2006. aasta septembris peale teatise avaldamist komisjoni veebilehel.⁶⁶

Direktiivi väljatöötamisel kasutati mitmeid viimastel aastatel teostatud väliseid uuringuid ja analüüse, millest üheks olulisemaks võib lugeda Euroopa Tervishoiusüsteemide ja Tervishoiupoliitika Vaatluskeskuse sõltumatut eksperdihinnangut, mida kasutati eelkõige ettevalmistatava direktiivi mõju hindamise puhul. Eksperdihinnangus anti ülevaade tervishoiu arengu kohta Euroopas, keskendudes piiriüleste tervishoiuteenustega seotud seitsmele aspektile: eelluba ja juurdepääs tervishoiuteenustele, kvaliteet ja ohutus,

⁶⁴ M.McKee, R. Busse jt. Cross-border Health Care Collaboration in the European Union: placing the patient at the centre. Eurohealth, Vol 19, No 4, 2013, lk 4

⁶⁵ Seletuskiri Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi "Patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius" eelnõu juurde. Euroopa Ühenduste Komisjon. Brüssel 2008. Arvutivõrgus:

<http://www.epey.ee/public/files/Patsiendi%F5iguste%20direktiivi%20tekst.PDF>(10.12.2017)

⁶⁶ Seletuskiri Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi "Patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius" eelnõu juurde. Euroopa Ühenduste Komisjon. Brüssel 2008. Lk 3. Arvutivõrgus:

<http://www.epey.ee/public/files/Patsiendi%F5iguste%20direktiivi%20tekst.PDF>(10.12.2017)

patsiendiõigused, piiriülene koostöö, tervishoiuteenuste paketid ja tariifid, piiriüleste tervishoiuteenuste mõju minevikus, andmed piiriüleste tervishoiuteenuste kohta. Eksperthinnangus kirjeldati, kuidas olemasolev õiguslik ja muu ebakindlus on mõjutanud piiriüleste tervishoiuteenuste osutamist üldiselt ja eelkõige eespool nimetatud aspekte ning keda, mil viisil ja mil määral on mõjutatud.⁶⁷ Direktiivi väljatöötamise käigus kerkisid üles mitmed probleemid, millele lõpliku vastuse saab anda hilisemate analüüside käigus. Näiteks kas direktiiv tagab patsientidele võrdse juurdepääsu kõikidele meditsiinilistele hüvedele või ainult teadlikumatele ja jõukamatele tervishoiuteenuse tarbijatele, kellele on jõukohane maksta eelnevalt ise teenuste eest ja kanda võimalikke finantsriske lisakulude tekkimisel? Kas ka isikliku perearsti peaks saama valida teises liikmesriigis? Kas ambulatoorne ravi, mida pakuvad tervisekeskused, ei vaja planeerimist ja kas see peaks jääma üksnes siseriiklikuks tarbimiseks?⁶⁸

Direktiivi väljatöötamisel püüti saavutada olukorda, millega on tagatud selge ja läbipaistev raamistik piiriüleste tervishoiuteenuste osutamiseks EL-is nendel juhtudel, kui ravi, mida patsient otsib, osutatakse väljaspool tema koduriiki. Sellistel juhtudel ei tohiks inimesel olla põhjendamatuid takistusi ning ravi peab olema ohutu ja kvaliteetne, ravikulude hüvitamise menetlus aga selge ja läbipaistev.

2.3 Direktiivi üldised õiguslikud aspektid

Direktiivi õiguslikuks aluseks on Euroopa Ühenduse asutamislepingu artikkel 95 (Euroopa Liidu toimimise lepingu artikkel 114), mis on põhjendatud nii direktiivi eesmärgi kui ka sisuga.⁶⁹ Asutamislepingu artikli 95 alusel vastu võetud meetmete eesmärk peaks olema siseturu rajamine ja selle toimimine.⁷⁰ Siseturg hõlmab ka ohutute, kvaliteetsete ja tõhusate piiriüleste tervishoiuteenuste osutamist ning tervishoiuteenuste vaba liikumist, pannes vastutuse tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ja kättesaadavaks muutmisel liikmesriikidele. Euroopa Kohus on sedastanud, et teenuste osutamise vabadus hõlmab teenusesaajate, sealhulgas arstiabi vajavate inimeste vabadust minna teenuste saamiseks

⁶⁷ Seletuskiri Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi "Patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius" eelnõu juurde. Euroopa Ühenduste Komisjon. Brüssel 2008. Lk 4. Arvutivõrgus: <http://www.epey.ee/public/files/Patsiendi%F5iguste%20direktiivi%20tekst.PDF>(10.12.2017)

⁶⁸ G.Strban. Patient mobility in the European Union: between social security coordination and free movement of services. ERA Forum, 2013,14. Lk 406

⁶⁹ Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioon 2016. Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12016E/TXT> (03.03.2018)

⁷⁰ Euroopa Liidu ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid. Art 114 Arvutivõrgus: https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/oj_c_2016_202_full_et_txt.pdf (10.12.2017)

teise liikmesriiki ja kohtu poolt tunnustatud patsiendiõiguste kasutamiseks ei tohi nõuda ühtegi eeltingimust.⁷¹ Siseturu õiguste üldisem ja tõhusam kohaldamine praktikas peab samaaegselt olema kooskõlas tervishoiusüsteemi kättesaadavuse, kvaliteedi ja finantsstabiilsuse üldiste eesmärkidega. Direktiiviga on loodud eeskirjad selle kohta, kuidas tuleks täita neid nõudeid piiriüleste tervishoiuteenuste puhul ning kes vastutab nende täitmise eest. Eeskirjad kehtivad sõltumata ravi eest maksmise viisist ning ei ole oluline, kas see toimub riiklikest või eravahenditest, sotsiaalkindlustussüsteemide kooskõlastamise määruste kaudu või mingil muul moel. Direktiiviga on määratletud selge piiriüleste tervishoiuteenuste raamistik Euroopa Liidus, et võimaldada patsientidel oma õigusi kasutada, tagades samal ajal tervisekaitse kõrge taseme, tervishoiuteenuste kättesaadavuse, kvaliteedi ja ohutuse. Samas on võetud arvesse asjaolu, et tervishoiusüsteemid kuuluvad eelkõige liikmesriikide vastutuse alla ning võetakse täielikult arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ning kättesaadavaks muutmisel kooskõlas EÜ asutamislepingu artikliga 152⁷². Asutamislepingu artikli 95 lõikes 3 sätestatakse lisaks, et komisjon peab oma tervishoiu siseturu rajamise ja selle toimimise ettepanekutes võtma aluseks tervisekaitse kõrge taseme, eriti võttes arvesse kõiki uusi teaduslikel faktidel põhinevaid suundumusi.⁷³ Direktiivis on kooskõlas asutamislepingu artiklis 5 sätestatuga kehtestatud subsidiaarsuse põhimõte,⁷⁴ ilma liikmesriikide suveräänsete pädevuste vähendamiseta siseriikliku tervishoiukorralduse valdkonnas. Teatavasti sisaldab piiriüleste tervishoiuteenuste osutamine, nagu juba nimest välja lugeda võib, mitmeid kogu ühendust hõlmavaid riigiüleseid aspekte, mida liikmesriigid ei suuda üksinda piisavalt hästi lahendada. Vastavalt Euroopa Ühenduse asutamislepingu artikli 152 lõikele 5 võtavad ühenduse tervishoiumeetmed täiel määral arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ning kättesaadavaks muutmisel. Euroopa Kohtu kinnitusel ei välista see säte siiski võimalust, et liikmesriikidelt võidakse asutamislepingu muude sätete, näiteks Euroopa Ühenduse asutamislepingu artikkel 49 või muude asutamislepingu sätete kohaselt vastuvõetud ühenduse meetmete alusel nõuda oma riikide tervishoiu- ja sotsiaalkindlustussüsteemide mõningast kohandamist.⁷⁵ Kooskõlas

⁷¹ EK C-158/96 *R. Kroll ja Union des caisses de maladie*, eelotsusetaotlus

⁷² Euroopa Liidi ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid. Art 168. Arvutivõrgus: https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/oj_c_2016_202_full_et_txt.pdf (10.12.2017)

⁷³ Euroopa Liidi ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid. Art 114 Arvutivõrgus: https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/oj_c_2016_202_full_et_txt.pdf (10.12.2017)

⁷⁴ Euroopa Liidi ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid. Art 5 p 1. Arvutivõrgus: https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/oj_c_2016_202_full_et_txt.pdf (10.12.2017)

⁷⁵ EK C-372/04, *Y. Watts vs Bedford Primary Care Trust*, eelotsusetaotlus p 146 ja 147

ja vt ka EL Euroopa Liidu ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid. Art 56. Arvutivõrgus:

asutamislepingu artiklis 5 sätestatud proportsionaalsuse põhimõttega ei lähe direktiiv kaugemale sellest, mis on vajalik nimetatud eesmärkide saavutamiseks. Liikmesriigid peavad tagama teiste liikmesriikide patsientide ja kodanike puhul universaalse, hea kvaliteediga ravi kättesaadavuse ning et kõiki patsiente koheldaks võrdselt vastavalt nende tervishoiuteenuse vajadustele, mitte sõltuvalt nende kindlustajaliikmesriigist. Sealjuures peaksid liikmesriigid kinni pidama siseturu piires isikute vaba liikumise põhimõttest, diskrimineerimiskeelust muu hulgas kodakondsuse alusel ning vaba liikumise piirangute kehtestamise vajadusest ja proportsionaalsusest. Piiriüleste tervishoiuteenuste osutamine peab vastama nii ravi osutava liikmesriigi õigusaktidele ja kehtestatud kvaliteedi- ja ohutusstandarditele ning -juhiste kui ka ohutusstandardeid käsitlevatele liidu õigusaktidele.⁷⁶

2.4 Direktiivi eesmärk

Direktiivi peamine eesmärk on selge piiriüleste tervishoiuteenuste raamistiku tagamine Euroopa Liidus, sealhulgas varasema kohtupraktika kinnitamine ja kodifitseerimine.⁷⁷ Direktiiv täpsustab ühtlasi mitmeid mõisteid, mis olid välja töötatud varasemas kohtupraktikas.⁷⁸ Direktiiviga kehtestatakse eelkõige eeskirjad ohututele ja kvaliteetsetele piiriülestele tervishoiuteenustele juurdepääsu hõlbustamiseks ning edendatakse liikmesriikide sellealast koostööd.

Direktiiv kehtestab üksnes EL-i piiriüleste tervishoiuteenuste osutamise raamistiku loomise üldpõhimõtted, jättes liikmesriikidele laialdased võimalused nende põhimõtete rakendamiseks vastavalt riigi, piirkonna või kohalikule olukorrale. Direktiiv säilitab liikmesriikide vastutuse tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel, rahastamisel ja kättesaadavaks muutmisel ega muuda liikmesriikide õigust määrata kindlaks tervishoiuteenustega seotud hüvitised, mida nad oma kodanikele tagavad. Kui liikmesriik ei arva konkreetset ravi oma kodanike õiguse hulka kodus, ei anna käesolev mehhanism patsientidele uut õigust saada välismaal kõnealust ravi ja selle eest hüvitist. Lisaks ei muuda

https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/oj_c_2016_202_full_et_txt.pdf (10.12.2017)

⁷⁶ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius Art 4. Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX:02011L0024-20140101> (01.01.2018)

⁷⁷ B van Leewen. The Doctor, the Patient and EU Law: the impact of free movement law on quality standards in the healthcare sector. *European law review.*, 41(5) lk 646

⁷⁸ Näiteks sätestatakse haiglaravi selgem määratlus, mis on nüüd piiritletud raviga, mille puhul patsient peab haiglas ööbima.

direktiiv liikmesriikide õigust kehtestada hüvitiste suhtes oma tingimusi, näiteks üldarsti vastuvõtul käimise kohustuslikkus enne eriarsti vastuvõtule pääsemist.

Selguse huvides peavad olema piisavalt käsitletud piiriüleste tervishoiuteenuste osutamise piirangud. Üheks selliseks piiranguks on näiteks kohustus hüvitada piiriüleste tervishoiuteenuste kulud vaid tervishoiuteenustele, millele kindlustatud isikul on õigus kindlustajaliikmesriigi õigusaktide kohaselt.⁷⁹ Seega on eraldi rõhutatud, et direktiivi eesmärgiks ei ole luua õigust teises liikmesriigis osutatud tervishoiuteenuse kulu hüvitamisele, kui selline tervishoiuteenus ei kuulu kindlustajaliikmesriigi õigusaktidega kindlustatud isikule ette nähtud hüvitiste hulka. Vaadeldav direktiiv tunnustab liikmesriikide õigust korraldada oma tervishoiu- ja sotsiaalkindlustussüsteeme iseseisvalt ning õigus ravile määratakse kindlaks piirkondlikul või kohalikul tasandil. Ebakindlus seoses teistes liikmesriikides osutatud tervishoiuteenuste eest hüvitise saamise õiguse üldise kohaldamisega takistab praktikas patsientide ja üldisemalt tervishoiuteenuste vaba liikumist ning on paljuski tingitud ebapiisavast teabest. Direktiiviga püütakse luua olukord, kus tervishoiuteenuste osutamisel peab patsientidele alati olema tagatud:

- selge teave, mis võimaldab inimestel teha teadlikke valikuid oma tervise suhtes;
- mehhanismid osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteedi ja ohutuse tagamiseks;
- ravi järjepidevus erinevate raviteenuseid osutavate erialaspetsialistide ja organisatsioonide vahel;
- mehhanismid, et tagada sobivad heastamismeetmed ja hüvitis tervishoiuteenustest tuleneva kahju eest.⁸⁰

Hilisemad analüüsid on näidanud, et direktiivi vaba liikumise sätetel on olnud positiivne mõju tervishoiuteenuste kvaliteedile, mida patsiendid saavad riiklike tervishoiusüsteemide kaudu. Tegemist on kaudse mõjuga, mis ei piirdu ainult piiriüleste patsientidega, vaid hõlmab ka siseriiklikku tervishoiuteenuse osutamist.⁸¹

⁷⁹ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Säte 13.

⁸⁰ Seletuskiri Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi “Patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius” eelnõu juurde. Euroopa Ühenduste Komisjon. Brüssel 2008. Lk 10-11. Arvutivõrgus: [http://www.epey.ee/public/files/Patsiendi%F5iguste%20direktiivi%20tekst.PDF\(10.12.2017\)](http://www.epey.ee/public/files/Patsiendi%F5iguste%20direktiivi%20tekst.PDF(10.12.2017))

⁸¹ B van Leewen. The Doctor, the Patient and EU Law: the impact of free movement law on quality standards in the healthcare sector. European law review., 41(5) lk 650

2.5 Direktiivi kehtivusala

Patsientide vaba liikumise direktiiv 2011/24/EL, mille EL Nõukogu ja Euroopa Parlament 9. märtsil 2011 allkirjastasid, täpsustab teises liikmesriigis tervishoiuteenuseid kasutada soovivate patsientide õigusi. Direktiiv on omamoodi kompromiss nende liikmesriikide vahel, kes hea meelega avavad kogu tervishoiu vaba turumajanduse toimimisele ja nende vahel, kes soovivad kontrollida patsientide ja ravijuhtude hulka ning avalikke kulusid.⁸² Piiriüleste tervishoiuteenuste osutamisel järgitakse universaalsuse, hea kvaliteediga ravi kättesaadavuse, võrdsuse ja solidaarsuse põhimõtteid. Direktiiviga kehtestatakse eeskirjad ohututele ja kvaliteetsetele piiriülestele tervishoiuteenustele juurdepääsu hõlbustamiseks ning edendatakse liikmesriikide tervishoiualast koostööd, eitamata siseriiklikku pädevust tervishoiuteenuste korraldamisel ja osutamisel.⁸³ Direktiivi kohaldatakse patsientidele tervishoiuteenuste osutamise suhtes, olenemata sellest, kuidas tervishoiuteenuseid konkreetses liikmesriigis korraldatakse, osutatakse ja rahastatakse.⁸⁴ Liikmesriikidel oli kohustus direktiiv oma haldusnormidega üle võtta hiljemalt 25. oktoobriks 2013. Kehtestatud reeglid puudutavad ainult neid isikuid, kes ise soovivad saada plaanilist arstiabi teises liikmesriigis. Kui kodanik vajab teist liikmesriiki külastades erakorralist arstiabi, siis selleks otstarbeks kasutatakse ka tulevikus Euroopa ravikindlustuskaardi süsteemi.

Direktiivi reguleerimisalast jäävad välja pikaajalise hoolduse teenused, mille eesmärk on toetada rutiinsete igapäevaste toimingute tegemiseks abi vajavaid inimesi. See tõstatab aga mitmeid probleeme, sest järelravi ning hooldus on tihedas seoses ravitulemusega ning suurendab piiriülese raviteenuse pakkujate vastutust ohutusnõuete ja kvaliteedi osas.⁸⁵ Direktiivi ei kohaldata elundisiirdamise eesmärgil elundite kättesaadavusele ja jaotamisele. Direktiivi IV peatükis on erandina reguleerimisalast välja jäetud ka riiklikud nakkushaigustevastased vaktsineerimisprogrammid, mis on suunatud eranditult elanikkonna tervise kaitsmisele liikmesriigi territooriumil ning mille suhtes kohaldatakse eriplaneerimist ja rakendusmeetmeid.⁸⁶ Eraldi rõhutatult on välja toodud seisukoht, mille kohaselt direktiiv

⁸² M.McKee, R. Busse jt. Cross-border Health Care Collaboration in the European Union: placing the patient at the centre. Eurohealth, Vol 19, No 4, 2013, lk 4

⁸³ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 1. lg 1.

⁸⁴ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 1. lg 2.

⁸⁵ W.Palm, I.A.Glinos. Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination. Lk.510

⁸⁶ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 1. lg 3.

ei mõjuta liikmesriigi õigusnorme, mis on seotud tervishoiuteenuste korraldamise ja rahastamisega olukordades, mis ei ole seotud piiriüleste tervishoiuteenustega. Siinkohal on silmas peetud eelkõige selliste tervishoiuteenuste kulusid, mida on osutanud tema enda territooriumil asutatud tervishoiuteenuste osutajad, kui kõnealused teenuseosutajad ei kuulu kõnealuse liikmesriigi sotsiaalkindlustussüsteemi või avalikku tervishoiusüsteemi.⁸⁷

Direktiiv defineerib olulise loetelu meditsiini ja arstiabiga seotud mõistetest sh tervishoiuteenus, kindlustatud isik, kindlustajaliikmesriik, tervishoiutöötaja, ravim, retsept ja ravidokumendid.⁸⁸

Riikide kohustused on direktiivis esitatud kahes osas. Direktiivi artikkel neli sätestab kohustused ravi osutavale liikmesriigile ja artikkel viis loetleb kindlustajaliikmesriigi kohustused.

Iga liikmesriik peab looma piiriüleste tervishoiuteenuste kontaktpunkti, et lihtsustada patsientide jaoks teabe kättesaadavust tema territooriumil osutatavate tervishoiuteenuste kohta. Patsiendid peavad taotluse alusel saama riiklikult kontaktpunktilt asjakohast teavet direktiivis osutatud standardite ja juhiste kohta, sealhulgas tervishoiuteenuste osutajate järelevalvet ja hindamist käsitlevate sätete kohta. Kontaktpunkt peab soovijatele andma ühtlasi teavet selle kohta, milliste tervishoiuteenuste osutajate suhtes sätestatud standardeid ja juhiseid kohaldatakse ning milline on puuetega isikute juurdepääs haiglatele. Ravi osutava liikmesriigi riiklikud kontaktpunktid annavad patsientidele teavet vastava riigi tervishoiuteenuste osutajate kohta. Isiku taotluse korral antakse täiendavat teavet konkreetse teenuseosutaja õiguse kohta teenuseid osutada või tema tegevuspiirangute kohta. Kontaktpunkti kaudu peab olema kättesaadav ka teave patsiendiõiguste, kaebuste esitamise korra ja kompensatsiooni taotlemise mehhanismide kohta vastavalt kõnealuse liikmesriigi õigusaktidele. See puudutab muuhulgas vaidluste lahendamise õiguslikke ja halduslikke võimalusi piiriülestest tervishoiuteenustest tuleneva kahju korral.⁸⁹ Kontaktpunktid osutavad ka abi teiste võimalike esilekerkivate probleemide korral.

⁸⁷ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 1. lg 4

⁸⁸ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 3.

⁸⁹ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius.

Patsientide vaba liikumise direktiiv on mõeldud eelkõige üksikpatsientidele, kes soovivad saada tervishoiuteenust muus liikmesriigis kui kindlustajaliikmesriigis. Teise liikmesriigi raviasutuse poole pöördumise eelselt on patsiendil vaja juba ette teada, millised on ravivõimalused ja milliseid eeskirju kohaldatakse. Teadliku valiku tegemiseks peab teave olema väga laialdane ja põhjalik, sest arstiabi on riikides väga erineva spetsialiseerumisastmega ning puuduliku info korral ei pruugi patsient vajaliku teenuse osutajat leida.⁹⁰

Paljud patsiendid soovivad enne piiriülese tervishoiuteenuse kasutamist saada vastust ka küsimustele, mis hajutaksid nende kõhklusi ja hirme. Kas ravi, mida nad eri riikides saada võivad on ikka samaväärne? Kas eeldatavaid protseduure teeb arst, õde või mõni muu tervishoiutöötaja? Kas nende haiguse ravi välisriigis toimub samuti haiglas või hoopis ambulatoorselt? Vastused nendele küsimustele on erinevad ning võivad patsientide eelistustes olla olulise kaaluga.

Eestis kuulub kontaktpunkt Eesti Haigekassa juurde ning esmane info selle kohta on kättesaadav elektroonselt haigekassa kodulehe kaudu. Autori hinnangul on teabe hulk pigem vähenenud ning olulisem osa esitatud teabest on mõeldud käitumisjuhistena erakorralise arstiabi vajaduse korral välisriigis. Praegusel ajahetkel on veel teatud hulk inimesi, kes arvutikasutuses ei ole piisavalt osavad või puudub internetiühendus ja neil on võimalus pöörduda klienditeenindustesse, mida praegu on Eestis veel ainult neli.⁹¹ See vähendab teenuse kättesaadavust ja paneb inimesi ebavõrdsesse olukorda. Vaegnägijate võimalused on veelgi piiratumad, sest kuulamisprogrammi pole. Infovoldikuid ei ole valmistatud eita- ega pimekirjas. Esitatud teabe selgus ja detailsusaste on puudulik, sest piirdub minimaalsete loetelude ja viidetega asjasse puutuvate seaduste paragrahvidele. Selline esitusviis võib patsiente eksitada ja panna põhjendamatult loobuma vajalikust raviteenusest.

Ravi osutav liikmesriik peab tagama, et tervishoiuteenuste osutajad kohaldavad tema territooriumil teistest liikmesriikidest pärit patsientide suhtes samasugust tervishoiuteenuste hinnaskaalat nagu oma riigi patsientidele võrreldavas meditsiinilises olukorras või et nad

⁹⁰ Näiteks Prantsuse patsient otsib asjata Ühendkuningriikide teenusepakkujate hulgast dermatoveneroloogi vastuvõttu, sest seal on tegemist kahe täiesti eraldiseisva erialaga. M.McKee, R. Busse jt. Cross-border Health Care Collaboration in the European Union: placing the patient at the centre. Eurohealth, Vol 19, No 4, 2013, lk 4

⁹¹ Tallinna, Tartu, Pärnu ja Jõhvi klienditeenindus

küsisivad hinda, mis on arvatatud objektiivsete ja mittediskrimineerivate kriteeriumite alusel, kui oma riigi patsientide jaoks võrreldav hind puudub.⁹²

Ravi osutava liikmesriigi kohustuseks on kehtestada läbipaistev kaebuste esitamise kord ning mehhanismid, mille abil patsiendid saavad taotleda kompensatsiooni vastavalt ravi osutava liikmesriigi õigusaktidele, kui nad kannavad neile osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel kahju. Riigi territooriumil osutatava ravi puhul peavad olema loodud kutsealase vastutuskindlustuse süsteemid või tagatis, mis vastab riski laadile ja ulatusele.

Ravi järjepidevuse tagamise huvides on ravi saanud patsiendil õigus saada oma ravi käsitlev kirjalik või elektrooniline ravidokument ning õigus juurdepääsuks vähemalt selle koopiale kooskõlas siseriiklike isikuandmete kaitset käsitlevate meetmetega.⁹³

Kindlustajaliikmesriik tagab piiriüleseid tervishoiuteenuseid saanud kindlustatud isiku poolt kantud kulude hüvitamise, kui asjaomane tervishoiuteenus kuulub hüvitiste hulka, millele kindlustatud isikul on õigus kindlustajaliikmesriigis. Samas on kindlustajaliikmesriigil kohustus hüvitada või otse tasuda piiriülese tervishoiuteenuse kulud vaid sellises ulatuses, nagu ta oleks seda teinud siis, kui seda tervishoiuteenust oleks osutatud tema territooriumil, ületamata saadud tervishoiuteenuse tegelikku maksumust. Kindlustajaliikmesriik võib piiriülese tervishoiuteenuse kulude hüvitamist sooviva kindlustatud isiku suhtes kohaldada samu tingimusi, vastavuskriteeriumeid ning õigus- ja haldusformaalsusi, mida kohaldataks juhul, kui kõnealuseid tervishoiuteenuseid oleks osutatud tema territooriumil. Ükski kohaldatav tingimus, vastavuskriteerium ega õigus- või haldusformaalsus ei tohi olla diskrimineeriv ega kujutada endast takistust patsientide, teenuste või kaupade vabale liikumisele. Erandiks on juhtumid, mille korral see on objektiivselt õigustatud planeerimisvajadusega, mis on seotud eesmärgiga tagada küllaldane ja püsiv juurdepääs kvaliteetsete raviteenuste tasakaalustatud valikule asjaomases liikmesriigis või sooviga kontrollida kulusid ja vältida niipalju kui võimalik rahaliste, tehniliste või inimressursside raiskamist.⁹⁴ Ravi järjepidevuse ja kvaliteedi tagamiseks on kindlustajaliikmesriigil kohustus olukordades, kus patsient on saanud piiriüleseid tervishoiuteenuseid ja vajab

⁹² Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 4 lg 4.

⁹³ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 2.

⁹⁴ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 7.

meditsiinilist järelkontrolli, teha kättesaadavaks samasugune meditsiiniline järelkontroll, mis tagataks juhul, kui kõnealuseid tervishoiuteenuseid oleks osutatud kindlustajaliikmesriigi territooriumil.⁹⁵

Teatud juhtudel võivad liikmesriigid rakendada välisriigis osutatavate tervishoiuteenuste eest tasumisel eelloa nõuet. Eellubade süsteem, sealhulgas kriteeriumid ja nende kriteeriumide kohaldamine ning eelloa andmisest keeldumise individuaalsed otsused peavad piirduma eesmärgi saavutamiseks vajaliku proportsionaalsega ega tohi kujutada endast meelevaldset diskrimineerimist või põhjendamatu takistust patsientide vabale liikumisele.⁹⁶ Tervishoiuteenused, mille suhtes võib kohaldada eelloa nõuet, on piiratud ja liikmesriigid peavad teatama Euroopa Komisjonile nende tervishoiuteenuste kategooriad. Loetelus on tervishoiuteenused, mis olulisel määral sõltuvad planeerimisvajadusest ja on seotud eesmärgiga tagada küllaldane ja püsiv juurdepääs kvaliteetsete raviteenuste tasakaalustatud valikule asjaomases liikmesriigis või sooviga kontrollida tervishoiuteenuste hüvitamisele ettenähtud kulusid. Samasse gruppi kuuluvad juhud, mille puhul on vajalik patsiendi haiglasse paigutamine vähemalt üheks ööks või mis nõuavad kitsalt spetsialiseeritud ja kulukate meditsiiniliste infrastruktuuride või seadmete kasutamist. Eelloa nõude võib kehtestada ka tervishoiuteenustele, mis hõlmavad patsiendi või elanikkonna jaoks riskiga seotud ravi ning tervishoiuteenustele, mida osutab tervishoiuteenuse osutaja, kes üksikjuhtudel võiks põhjustada tõsist ja konkreetset kahtlust seoses tervishoiuteenuste kvaliteedi või ohutusega.⁹⁷ Direktiiv määratleb ühtlasi ka eelloa nõude korral hüvitamisest keeldumise alused. Eelkõige lähtutakse patsiendiohutuse printsibist ja eelloa andmisest on õigus keelduda, kui kliinilise hinnangu kohaselt on mõistliku kindlusega tuvastatud, et on olemas risk patsiendi ohutusele, mida ei saa pidada vastuvõetavaks, võttes arvesse soovitud piiriülesest tervishoiuteenusest patsiendile saadavat võimalikku kasu või et asjaomasest piiriülesest tervishoiuteenusest tuleneb märkimisväärne oht üldsuse ohutusele. Kindlustajaliikmesriik võib keelduda eelloa andmisest ka põhjusel, et seda tervishoiuteenust osutab tervishoiuteenuse osutaja, kelle puhul on tekkinud tõsine ja konkreetne kahtlus tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi ohutuse alaste standardite ja juhiste, sealhulgas järelevalvealaste sätete järgimise osas, kui kõnealused standardid ja juhised on ette nähtud

⁹⁵ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 5.

⁹⁶ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 8 lg 1

⁹⁷ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 8 lg 2

ravi osutava liikmesriigi kehtestatud õigusnormide või akrediteerimissüsteemidega. Eelluba ei pea andma ka juhtudel, kui soovitud tervishoiuteenust saab osutada kindlustajaliikmesriigi territooriumil meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, võttes arvesse konkreetse patsiendi tervises seisundit ja haiguse võimalikku kulgu.⁹⁸

Oluliseks tuleb pidada direktiivis sätestatud teises liikmesriigis väljakirjutatud retseptide tunnustamist, kui ravim on kooskõlas direktiiviga 2001/83/EÜ või määrusega (EÜ) nr 726/2004 saanud liikmesriigi territooriumil turustamiseks müügiloa. Eelduseks on asjaolu, et teises liikmesriigis on seda ravimit võimalik väljakirjutatud retsepti alusel kehtivate siseriiklike õigusaktide kohaselt väljastada. Seega ei mõjuta retseptide tunnustamine apteekri õigust keelduda siseriiklikele eeskirjadele tuginedes eetilistel põhjustel teises liikmesriigis väljakirjutatud ravimi väljastamisest, kui apteekril oleks õigus ravimi väljastamisest keelduda ka juhul, kui retsept oleks välja kirjutatud kindlustajaliikmesriigis.⁹⁹ Vaatamata direktiivis sätestatud retseptide tunnustamisele tekivad patsientidel probleemid ravimite saamisel teises riigis väljastatud retsepti alusel.¹⁰⁰ Kontrolluuringu põhjal oleks raskused tekkinud 55%-l patsientidest ja seda eelkõige ebaselge käekirja tõttu käsitsi kirjutatud retseptidel ning võõrrkeelega puuduliku tundmise ja retseptil oleva teabe puudulikkuse tõttu. Harvem osutus probleemiks ettenähtud ravimi või selle asendusaine kättesaadavus.¹⁰¹ Probleemi saaks olulisel määral vähendada EL-i ülese digiretsepti kasutuselevõttuga, mis välistaks käekirja ebaselgusest tulenevad arusaamatused ja konkretiseeriks ravimite kasutuseeskirju.

Direktiivi ülevõtmiskohustuse järgimise ja direktiivi toimimise kohta koostab komisjon iga kolme aasta tagant aruande ja esitab selle Euroopa Parlamendile ja nõukogule. Aruanne sisaldab eelkõige teavet patsientide voogude, patsientide liikumise finantsmõõtme, piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise piiramise eeskirjade kohaldamise ja eellubade rakendamise ning Euroopa tugivõrgustike ja riiklike kontaktpunktide tegevuse kohta. Komisjon teeb vajaduse korral nende aruannete põhjal ettepanekud ebaproportsionaalsuse

⁹⁸ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 8 lg 6

⁹⁹ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 11

¹⁰⁰ Matrix uuring viidi läbi Taani, Saksamaa, Kreeka, Prantsusmaa, Madalmaade, Poola ja Suurbritannia apteekrite seas. D.Van den Steen. Cross-border health care: common rules on medical prescriptions when travelling to another EU country. Eurohealth, Vol 19, No 4, 2013, lk 28.

¹⁰¹ D.Van den Steen. Cross-border health care: common rules on medical prescriptions when travelling to another EU country. Eurohealth, Vol 19, No 4, 2013, lk 28.

leevendamiseks.¹⁰² Pikemas perspektiivis peaks selguma, kas patsientide vaba liikumise direktiiv mõjutab oluliselt inimeste käitumismustrit tervishoiuteenuste tarbimisel ja kas see toob kaasa muutusi riiklikes tervishoiupoliitikates. Esimeste kokkuvõtete alusel ei ole toimunud direktiivi alusel välisriigis raviteenuste tarbimise hüppelist tõusu ning see on jäänud enamuses liikmesriikides alla 100 juhu aastas.¹⁰³

¹⁰² Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 20

¹⁰³ Report from the Commission to the Parliament and the Council. Commission Report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. COM/2015/0421 final

3 DIREKTIIV 2011/24/EL EESTI PRAKTIKAS

3.1 Kindlustatud isik ja kindlustuskaitse kestus Eesti õiguses

Eestis on tegemist solidaarse ravikindlustusega ja ravikindlustuse kindlustusandja on Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa on seadusega loodud avalik-õiguslik juriidiline isik, mida ei või ümber kujundada muud liiki juriidiliseks isikuks.¹⁰⁴

Haigekassa eesmärgiks on ravikindlustushüvitiste võimaldamine, tervishoiuteenuste eest tasumine ning tervishoiuteenuste korraldamisega seotud teiste ülesannete täitmine.¹⁰⁵ Haigekassa tegevus oma ülesannete täitmisel on piiritletud ravikindlustuse seaduse, tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja muude õigusaktidega. Kindlustatud isikuks ravikindlustusseaduse tähenduses on Eesti alaline elanik, elamisõiguse alusel Eestis elav isik, samuti nende isikutega seaduse alusel või kehtiva välislepingu alusel võrdsustatud isik.¹⁰⁶ Kindlustatud isikuga ravikindlustusseaduse alusel on võrdsustatud rasedad, kõik isikud kuni 19-aastaseks saamiseni, pensionärid ja puudega isikud. Lisaks kuuluvad sellesse kategooriasse kindlustatud isiku ülalpeetavad abikaasad, kui neil on vanaduspensionieani jäänud kuni viis aastat. Ravikindlustusega on hõlmatud ka põhi-, kesk- ja kõrgharidust omandavad õppurid ning usuliste ühenduste registrisse kantud kloostri liikmeskonda kuuluvad mungad ja nunnad. Üliõpilaste loetelust jäävad välja doktoranditoetust saavad doktorandid.¹⁰⁷ Ravikindlustatute arv aastate lõikes on viimastel aastatel püsinud suhteliselt stabiilne. Vt tabel 1.¹⁰⁸ Kindlustatutest ligikaudu 50 % moodustavad töötavad kindlustatud inimesed. Vt tabel 2.¹⁰⁹ Arvestades Eesti rahvaarvu, saab väita, et tegemist on suhteliselt universaalse kindlustuskaitsega, millega on kaetud 93-94 % elanikkonnast.¹¹⁰

¹⁰⁴ Eesti Haigekassa seadus § 5

¹⁰⁵ Eesti Haigekassa seadus § 2

¹⁰⁶ Ravikindlustuse seadus § 5

¹⁰⁷ Ravikindlustuse seadus §5

¹⁰⁸ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn 2017. Lk 13.

¹⁰⁹ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn 2017. Lk 34.

¹¹⁰ Eesti Statistika andmebaas. Arvutivõrgus:

[http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=RV021\(13.01.2018\)](http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=RV021(13.01.2018))

Tabel 1. Ravikindlustatute arv aastatel 2012- 2016.

Aasta	2012	2013	2014	2015	2016
Rahvaarv	1 325 217	1 320 174	1 315 819	1 313 271	1 315 944
Ravikindlustatute arv aasta lõpus	1 237 104	1 231 203	1 232 819	1 237 336	1 237 277
Kindlustamata isikud	88 113	88 971	83 000	75 935	78 667

Tabel 2. Kindlustatud inimeste jaotus aastatel 2015 ja 2016.

	31.12.2015	31.12.2016	Muutus võrreldes 2015(isikud)	Muutus võrreldes 2015 (%)
Töötavad kindlustatud inimesed	615 333	604 781	- 10 552	- 2 %
Kindlustatutega võrdsustatud inimesed	587 459	586 512	- 947	0 %
Muud kindlustatud inimesed	34 544	45 984	11 440	33 %

Kindlustuskaitse kestus sõltub otseselt kindlustuskaitse tekkimise alusest ning kindlustuskaitse tekkimiseks, peatumiseks või lõppemiseks võib dokumente ja andmeid esitada lisaks dokumentide või andmete esitamiseks kohustatud isikule ka kindlustuskaitset taotleval või kindlustatud isik.¹¹¹ Töötajate ja ametnike, kui suurimasse ravikindlustatute gruppi kuuluvate isikute kindlustuskaitse tekib maksukorralduse seaduse §-s 25¹ sätestatud töötamise registrisse kantud töötamise alustamise kuupäevast arvestatava neljateistkümnepäevase ooteaja möödumisel ja lõpeb kahe kuu möödumisel töötamise registrisse kantud töötamise lõppemise päevast.¹¹²

¹¹¹ Ravikindlustuse seadus § 13

¹¹² Ravikindlustuse seadus § 6

3.2 Ravikindlustushüvitise mõiste ja kindlustuskaitse ulatus

Ravikindlustushüvitis on kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus, vajalik ravim ja meditsiiniseade, mida kindlustatud isikule võimaldavad ravikindlustuse seaduses sätestatud tingimustel haigekassa ja temaga vastava lepingu sõlminud isikud (mitterahaline hüvitis), ning rahasumma, mida haigekassa on kohustatud samas seaduses sätestatud tingimustel maksma kindlustatud isikule tema tervishoiuks tehtud kulutuste eest ja ajutise töövõimetuse korral (rahaline hüvitis).

Mitterahaline ravikindlustushüvitis on haigekassa poolt täielikult või osaliselt rahastatav haiguste ennetamiseks või raviks osutatud tervishoiuteenuse hüvitis ja ravimihüvitis või meditsiiniseadmehüvitis. Rahalise ravikindlustushüvitise alla kuuluvad kindlustatud isikule haigekassa poolt makstavad ajutise töövõimetuse hüvitis ja piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis.¹¹³ Kindlustuskaitse ulatus on otseses seoses Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud tervishoiuteenuste loetellu kantud tervishoiuteenustega ja viimast muudetakse põhjendatud vajaduse korral valdkonna eest vastutava ministri ettepanekul, millele on lisatud haigekassa nõukogu kirjalik arvamus ettepaneku kohta.¹¹⁴ 2016. aastal kaasajastati eriarstiabi teenustepaketti 24 uue teenuse lisamisega tervishoiuteenuste loetelus. Haigekassa poolt hüvitatavate teenuste hulka lisati muu hulgas täiendav kiiritusravi võimalus vähiravis ja insuldiravis.¹¹⁵

3.3 Piiriülene tervishoiuteenus ja selle hüvitamine

Vastavalt Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24 /EL artiklile 4 osutatakse piiriüleseid tervishoiuteenuseid vastavalt ravi osutava liikmesriigi õigusaktidele, ravi osutava liikmesriigi kehtestatud kvaliteedi- ja ohutusstandarditele ning -juhiste ja ohutusstandardeid käsitlevatele liidu õigusaktidele. Piiriülese tervishoiuteenuse osutamisel lähtutakse universaalsuse, hea kvaliteediga ravi kättesaadavuse, võrdsuse ja solidaarsuse põhimõtetest.¹¹⁶ Eesti kehtivas õiguses on piiriülene tervishoiuteenus¹¹⁷ ravikindlustuse seaduse § 5 tähenduses kindlustatud isikule teises Euroopa Liidu liikmesriigis määratud või osutatud tervishoiuteenus ning selle raames retseptiravimite ja meditsiiniseadmete

¹¹³ Ravikindlustuse seadus § 25

¹¹⁴ Ravikindlustuse seadus § 29 ja § 30

¹¹⁵ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn 2017. Lk 4.

¹¹⁶ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 4.

¹¹⁷ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus § 50³

väljakirjutamine ja väljastamine. Sama mõiste hõlmab ka teises Euroopa Liidu liikmesriigis ravikindlustusega hõlmatud isikule Eestis määratud või osutatud tervishoiuteenust, sealhulgas apteegiteenuse osutamist retseptiravimite väljastamisel ja meditsiiniseadmete müügi korral meditsiiniseadme kaardi alusel. Haigekassa hüvitab kindlustatud isikule meditsiinilisel näidustusel osutatud piiriülese tervishoiuteenuse osutamise kulu tervishoiuteenuste loetelus sätestatud tingimuste ja piirhindade alusel. Hüvitamisele kuulub ka teenuse osutamise käigus väljakirjutatud ravimite ja meditsiiniseadmete eest tasutud summa, ületamata kindlustatud isiku poolt piiriülese tervishoiuteenuse eest tasutud summat. Inimese jaoks on oluline teada, et seaduse kohaselt ei hüvitata piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise maksmisel kindlustatud isikule ravikindlustuse seaduses või selle alusel kehtestatud lisatasu ja täiendavat omaosalust.¹¹⁸ Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamine eeldab Eestis tervishoiuteenuste osutamise tegevusluba omava üldarstiabi või eriarstiabi osutaja saatekirja. Juhul, kui vajadus saada piiriülest tervishoiuteenust on tekkinud Euroopa Liidu liikmesriigis, välja arvatud Eestis, viibimise ajal, makstakse piiriülese tervishoiuteenuse hüvitist Euroopa Liidu liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja väljastatud saatekirja alusel.¹¹⁹ Eesti Haigekassa kulutused piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamisele on alates direktiivi ülevõtmisest 2013 aastal reeglina aasta-aastalt kasvanud. (vt tabel 3)¹²⁰

Direktiivi loomise eesmärgiks ei olnud tervishoiuteenuste massiline tarbimine välisriigis. Inimeste rohke pöördumine välisriiki plaanilise arstiabi saamiseks on liikmesriigi jaoks pigem negatiivne näitaja, sest seab kahtluse alla ravi siseriikliku kvaliteedi ja kogu tervishoiusüsteemi toimimise suutlikkuse. Osa liikmesriike ei ole patsientide piiriülesest ravist huvitatud ning loonud administratiivseid takistusi patsientide vabale liikumisele.¹²¹

Eesti on praegu kehtestanud reeglid, mille alusel hüvitatakse piiriülene ravi kindlustatutele Eesti tervishoiuteenuste loetelu ja hinnakirjade alusel, kui see on saadud teise liikmesriigi riiklikus tervishoiusüsteemis. Saksamaal ja Austrias on kindlustatud isikul võimalik saada ravi ka eraõiguslikes raviasutustes ja ka see kuulub osalisele hüvitamisele.¹²² Kuna paljudes liikmesriikides on erameditsiini osakaal märgatavalt suurem kui Eestis, võiks edaspidi kaaluda Eesti patsientidele ravi eest hüvitise maksmise laiendamist ka piiriülese teenuse

¹¹⁸ Ravikindlustuse seadus § 66²

¹¹⁹ Ravikindlustuse seadus § 66⁴

¹²⁰ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn, 2017. Lk 13

¹²¹ Läti sellist käitumist konstateeris Valga Haigla juht M. Seer Riigikogu EL asjade komisjoni avalikul arutelul 4.12.2015

¹²² G.Strban. Patient mobility in the European Union: between social security coordination and free movement of services. ERA Forum, 2013,14. Lk 405

tarbimisel erasektoris, sest hüvitamine toimub endiselt kehtiva nimekirja alusel ja ei too haigekassale kaasa täiendavaid kulusid. Hüvitamise eelduseks olev tingimuste ja dokumentatsiooni samasus ei suurenda ka haigekassa halduskoormust.

Tabel 3. Eesti kindlustatute välismaal saadud ravi hüvitamine aastatel 2013- 2016 (tuhat eurot)

Aasta	2013	2014	2015	2016
Eesti kindlustatu välismaale ravile suunamised ja EL-i õigusaktidest tulenevad hüvitised(tuhat eurot)	6 640	8764	8519	9105

3.4 Eesti kindlustatu ravi välisriigis

2013. aastal rakendus patsiendi õiguste direktiiv Eestis. Seni oli Eesti Haigekassa kindlustatutel Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruse¹²³ alusel õigus saada ajutiselt teises liikmesriikides vajaminevat arstiabi ja teises liikmesriigis elades igasugust arstiabi võrdsetel tingimustel selles riigis elavate kindlustatud inimestega ja see kehtib praegu paralleelselt direktiiviga. Õiguse maksmapanekuks peab arstiabi vajadus olema tekkinud teises riigis viibimise ajal ning tervishoiuteenuse vajadus peab olema meditsiiniliselt põhjendatud. Seda, kas tegemist on vajamineva arstiabiga, otsustab arst. Õigust vajaminevale arstiabile Euroopa Liidu territooriumil ja Euroopa Majanduspiirkonnas ning Šveitsis viibimise ajal tõendab Euroopa ravikindlustuskaart. Vajaminev arstiabi ei ole tasuta – maksta tuleb patsiendi omavastutustasud (visiiditasu, voodipäevatasu jne) asukohamaa tariifide järgi. Euroopa ravikindlustuskaarti aktsepteeritakse ainult riiklikusse süsteemi kuuluvates raviuasutustes ja see ei kata riikidevahelise transpordi kulusid.

Eesti kindlustatud isiku erakorraliste tervishoiuteenuste hüvitise kulud teises liikmesriigis on minimaalse tõusutendentsiga ja võrreldes 2015 aastaga kasvasid 2016 aastal 4%, jäädes aastatel 2013-2016 vahemikku 4,48- 5,31 miljonit eurot.¹²⁴ 2016. aastal esitas Eesti

¹²³ Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EÜ) 883/2004 sotsiaalkindlustussüsteemide kohta. Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX%3A02004R0883-20140101> (14.01.2018)

¹²⁴ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Lk 95

Haigekassale kõige rohkem arveid Saksamaa (2262 arvet kogusummas 1,8 milj eurot), järgnes Soome (1151 arvet summas 1,5 milj eurot), Hispaania, Rootsi ja Belgia.¹²⁵ Teistelt liikmesriikidelt haigekassale laekuvad arved on korrelatsioonis Eesti inimeste eelistatud töö- ja puhkekohtadega ning selles osas olulisi muutusi lähiaastatel ette näha ei ole. Pigem on Euroopas ja ka Eesti kontekstis märgata suundumust, et teistes liikmesriikides elavad inimesed eelistavad sageli tervishoiuteenuseid tarbida oma päritoluriigis.¹²⁶

Direktiivi ülevõtmise järel on piiriülesest võimalik saada nii plaanilist ravi kui ka teisest arvamust.¹²⁷ Teisene arvamus ravikindlustusseaduse tähenduses on teise tervishoiuteenuse osutajast eriarsti või teise tervishoiuteenuse osutaja juures töötava eriarsti sõltumatu arvamus, mille eesmärk on anda hinnang esmase arvamuse andnud eriarsti poolt kindlustatud isikule pandud diagnoosi õigsuse, talle määratud ravimi või tervishoiuteenuse vajalikkuse, selgitatud alternatiivide ja oodatava mõju ning tervishoiuteenuse osutamisega seotud riskide kohta.¹²⁸ Teisese arvamuse saamist kompenseerib haigekassa täies mahus, kui vajadus selleks tuleneb raviarstilt. Kui patsient soovib ise saada teisest arvamust välisriigist, tuleb tal teenuse eest esialgu ise maksta. Hiljem on patsiendil võimalik teha haigekassale tagasimakseavaldus, et teenus kompenseeritaks talle Eesti hindades, juhul kui osutatud teenus on olemas Eesti tervishoiuteenuste loetelus. Teisese arvamuse küsimine välisriigist jääb alla 20 juhu aastas ning viimastel aastatel on teisest arvamust enim kasutatud histoloogilise materjali hindamiseks ning epilepsia raviks. Aastatel 2015 - 2017 haigekassa poolt hüvitatud juhtude täpne loetelu on toodud lisas 1.¹²⁹

Plaaniline ravi välisriigis toimub ravikindlustuse seaduse alusel ja selles on toodud ka piiriülese arstiabi hüvitamise tingimused. Direktiivi preambulas on rõhutatud, et patsiendid ei tohiks mingil juhul saada kasumit teises liikmesriigis osutatud tervishoiuteenuse arvelt ning seega peaks hüvitamine piirduma üksnes saadud tervishoiuteenuse tegelike kulude katmisega.¹³⁰ Kulude hüvitamine toimub Eestis kehtivate tervishoiuteenuste piirhindade alusel ja see on haigekassale avatud kohustus.

¹²⁵ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn 2017. Lk 95

¹²⁶ R.Baeten. Europeanization of national health systems National impact and EU codification of the patient mobility case law. European Social Observatory, Jyly 2012. Lk 27.

¹²⁷ Ravikindlustuse seadus. § 40

¹²⁸ Ravikindlustuse seadus. § 40 lg 1

¹²⁹ EHK vastuskiri teabe küsimisele 22.02.2018 nr 1.1-13/5976-1

¹³⁰ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriülestes tervishoius.

Direktiiv sätestab liikmesriikidele kohustuse vähemat ühe piiriüleste tervishoiuteenuste riikliku kontaktpunkti loomise, mille nimi ja kontaktandmed edastatakse Euroopa komisjonile.¹³¹ Esmaselt loodi riiklik kontaktpunkt sotsiaalministeeriumi juurde ja selle ülesanded täpsustati sotsiaalministri määrusega.¹³² 1.juunist 2016 andis sotsiaalministeerium selle tegevuse üle haigekassale. Kontaktpunkt on infoväravaks Eestis elavatele inimestele, kes soovivad saada informatsiooni arstiabi võimaluste kohta teistes Euroopa Liidu liikmesriikides. Inimestel on võimalik saada teavet ka arstiabist teistes riikides ning selgitusi piiriüleste tervishoiuteenuste kulude katmise kohta haigekassa poolt. Lisaks saavad kontaktpunkti kaudu infot ka teiste liikmesriikide kodanikud, kes tahavad tulla Eestisse plaanilist ravi saama või need, kellel ajutiselt Eestis viibides on tarvis erakorralist arstiabi. Kontaktpunkti veebilehelt on leitavad piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamise tingimused, eellubade süsteem plaanilise ravi saamiseks välisriigis, patsiendiõigused vajamineva arstiabi saamisel, viited teiste liikmesriikide kontaktpunktidele ja lisaks palju muud olulist tervishoiuteenuste osutamise seotud informatsiooni juhuks, kui isik viibib väljaspool oma kindlustajariiki. Lisaks on samal lehel ära toodud ka patsientide õigusi ja kaebavõimalusi tutvustav info.¹³³

Välisriigis plaanilise ravi saamiseks ja selle hüvitamiseks haigekassa poolt on praegu kaks direktiivil põhinevat võimalust. Esimene võimalus on taotleda haigekassalt juba enne luba vajalike ravikulutuste katmiseks välisriigi raviasutuses. Tervishoiuteenused, mille suhtes võib kohaldada eelloa nõuet, tulenevad otseselt direktiivist 2011/24/EL. Eellubade süsteem, sealhulgas kriteeriumid ja nende kohaldamine ning eelloa andmisest keeldumise individuaalsed otsused peavad piirduma eesmärgi saavutamiseks vajaliku ulatusega ega tohi kujutada endast meelevaldset diskrimineerimist või põhjendamatut takistust patsientide vabale liikumisele¹³⁴. Direktiivis on sätestatud, et eelloa nõuet võib kohaldada üksnes siis, kui on tegemist tervishoiuteenustega, mis sõltuvad planeerimisvajadusest ja on seotud eesmärgiga tagada küllaldane ja püsiv juurdepääs kvaliteetsete raviteenuste tasakaalustatud valikule asjaomases liikmesriigis. Eelluba võib olla seotud ka sooviga kontrollida kulusid ja vältida niipalju kui võimalik rahaliste, tehniliste või inimressursside raiskamist. Eelloa nõude kehtestamine eeldab patsiendi haiglasse paigutamist vähemalt üheks ööks või kitsalt

¹³¹ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 6.

¹³² Piiriüleste tervishoiuteenuste riikliku kontaktpunkti ülesanded teabe jagamisel. Sotsiaalministri määrus nr 7/2015

¹³³ Eesti Haigekassa koduleht. Riiklik kontaktpunkt. Arvutivõrgus: <https://www.haigekassa.ee/kontaktpunkt> (20.01.2018)

¹³⁴ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 8.

spetsialiseeritud ja kulukate meditsiiniliste infrastruktuuride või seadmete kasutamist. Direktiiv lubab eelloa nõuet kehtestada samuti juhtudel, kui tervishoiuteenuseid osutab tervishoiuteenuse osutaja, kes üksikjuhtudel võiks põhjustada tõsist ja konkreetset kahtlust seoses tervishoiuteenuste kvaliteedi või ohutusega.¹³⁵ Eelloa võimalus on mõeldud eelkõige nendele kindlustatutele, kellele on meditsiiniliselt näidustatud selline tervishoiuteenus, mida Eestis ei osutata. Otsustamisel ei ole oluline mitte ainult see, et taotletav tervishoiuteenus on patsiendile näidustatud, vaid see peab olema ka tõendatud meditsiinilise efektiivsusega ning selle eesmärgi saavutamise keskmine tõenäosus peab olema vähemalt 50 %.¹³⁶ Haigekassa toetub loa andmisel arstliku konsiiliumi otsusele, kuhu kuulub vähemalt kaks eriarsti, kellest üks on patsiendi raviarst. Eelloa andmisest võib keelduda eelkõige põhjusel, et kliinilise hinnangu kohaselt on mõistliku kindlusega tuvastatud risk patsiendi ohutusele, mida ei saa pidada vastuvõetavaks, võttes arvesse soovitud piiriülesest tervishoiuteenusest patsiendile saadavat võimalikku kasu. Keelduda võib ka juhul, kui taotletud tervishoiuteenust saab osutada kindlustajaliikmesriigi territooriumil meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, võttes arvesse konkreetse patsiendi tervises seisundit ja haiguse võimalikku kulgu.¹³⁷ Haigekassa ei või keelduda eelloa andmisest, kui kindlustatud isikul on Eestis õigus tervishoiuteenusele, mille saamiseks eelluba taotletakse, ning kui seda tervishoiuteenust ei saa osutada Eestis meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, võttes arvesse isiku tervises seisundi objektiivset meditsiinilist hinnangut, tema haiguslugu ja haiguse võimalikku kulgu, valu suurust ja puude laadi taotluse esitamise ajal.¹³⁸ Positiivse otsuse korral väljastab haigekassa tasu maksmise ülevõtmist kinnitava dokumendi ning tasub välisriigis tekkinud meditsiinilised kulud. Eellubade taotlemisega seotud keskmine töötlemisaeg Euroopas on väga erinev, jäädes vahemikku 3 tööpäeva Rumeenias kuni 3,4 kuuni Kreekas.¹³⁹ Eestis vaadatakse taotlus läbi Euroopa mõistes küllaltki kiiresti, keskmiselt kuni 30 päevaga. Eelloaga ravile suundunud inimese meditsiinikulud hüvitab Eesti Haigekassa täies ulatuses ja sellisel juhul ei võeta aluseks tervishoiuteenuste hinnakirja. Positiivse otsuse korral väljastab haigekassa välisraviasutusele garantiikirja või E112/S2 dokumendi, mis kinnitab,

¹³⁵ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 8 lg 2.

¹³⁶ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn 2017. Lk 94

¹³⁷ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 8 lg 6.

¹³⁸ Ravikindlustuse seadus. § 66³ lg 9

¹³⁹ MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU, 2015. Arvutivõrgus: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf (19.03.2018)

et Eesti Haigekassa maksab patsiendile osutatud teenuste eest.¹⁴⁰ Tavapäraselt tasub haigekassa välisriigi raviasutusele pärast tervishoiuteenuse osutamist originaalarve (kviitungi) ja epikriisi (haigusloo kokkuvõtte) esitamisel. Juhul, kui raviasutus ei nõustu garantiikirjaga, sõlmitakse patsiendi ja haigekassa vahel leping osalise ettemaksu kohustuse ülevõtmiseks. Ettemaksu suurus on kokkuleppeline, kuid mitte enam kui 50% eeldatavast kogukulust. Summa fikseeritakse haigekassaga välisriigis plaanilise tervishoiuteenuse eest tasumiseks sõlmitavas lepingus. Pärast lepingu mõlemapoolset allkirjastamist kannab haigekassa lepingus toodud ajal kokkulepitud osa eeldatavast kogukulust patsiendi pangakontole. Välisriigi raviasutusele tasub patsient kogu tervishoiuteenuse maksumuse ise ning esitab tervishoiuteenuse toimumise ja selle eest tasumise tõendamiseks haigekassale 30 kalendripäeva jooksul pärast tervishoiuteenuse osutamist originaalarve ja epikriisi, misjärel haigekassa hüvitab ülejäänud osa tervishoiuteenuse tegelikust maksumusest. Kui tervishoiuteenust ei osutata või selle maksumus osutub väiksemaks haigekassa poolt patsiendi arvele kantud summast, on isikul kohustus ülejäänud summa haigekassale tagastada. Tasu maksmise kohustus hõlmab vaid osutatud tervishoiuteenust ja patsient peab ise tasuma transpordi, omaosalustasu jms kulude eest.

Teine võimalus plaanilise arstiabi saamiseks välisriigis on otseselt Euroopa Liidu patsientide vaba liikumise direktiivi alusel tervishoiuteenuste osas, millele eelloa nõuet pole kehtestatud. See tähendab, et eriarstile saatekirja omav patsient võib valida ükskõik millise raviasutuse või arsti vahel Euroopa Liidu piires ning peale ravi saamist taotleda haigekassalt hüvitist.¹⁴¹ Oluline erinevus Eestis ja välisriigis saatekirja alusel eriarsti poole pöördumisel seisneb selles, et välisriigis tuleb kogu ravi eest esmalt ise tasuda ja seejärel tagasi koju saabudes haigekassalt kulude hüvitamist taotleda. Silmas tuleb pidada, et haigekassa tasub vaid nende tervishoiuteenuste eest, mida patsiendil oleks õigus saada haigekassa kulul ka Eestis. Hüvitada ei ole võimalik tervishoiuteenuseid, mida Eestis ei osutata või ei hüvitata (nt täiskasvanute hambaravi) või inimesele meditsiiniliselt mittenäidustatud teenuseid. Kui välismaal saadud teenuse hind on kõrgem kui meie haigekassa tervishoiuteenuse loetelus olevast, peab patsient hinnavahe ise tasuma.¹⁴² Samuti jäävad patsiendi enda kanda visiidi- ja omaosalustasud ning sõidukulud. Inimeste teadlikkus välismaal saadava ravi võimalustest on aastate jooksul suurenenud, mida kajastab ka haigekassa poolt Eesti kindlustatute

¹⁴⁰ EHK vastuskiri teabe küsimisele 22.02.2018 nr 1.1-13/5976-1

¹⁴¹ Ravikindlustuse seadus. § 66⁴ lg 1

¹⁴² Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 7 lg 4

plaanilisele ravile välisriigis kulutatud summad, mida illustreerib järgnev tabel 5.¹⁴³ Sarnaselt teiste liikmesriikidega on Eesti tervishoiusüsteemis määratletud prioriteedid, mis põhinevad avalikul huvil, planeerimisel ja solidaarsusel ning ollakse huvitatud pigem teenuste ekspordist, sest piiriüleste raviteenuste eest tasumine suunab maksumaksjate raha siseriiklikust süsteemist välja.¹⁴⁴

Tabel 5. Eesti kindlustatute plaaniline ravi välisriigis aastatel 2011- 2016 tuhandetes eurodes

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Plaaniline ravi välisriigis tuhandetes eurodes	1 457	2 035	2 168	3 882	3 303	3 676

Välisriigis saadava plaanilise ravi juhte ei ole iseenesest aastas märkimisväärselt palju kuna Eesti tervishoiu võimalused haiguste raviks ja diagnostikaks on kõrgel kvalitatiivsel tasemel tavapäraste haiguste korral. Eelloa taotluste arv jääb vahemikku 50-100 taotlust aastas ja see suurusjärg on sarnane teiste liikmesriikidega nagu selgub Euroopa Komisjoni kogutud andmetest.¹⁴⁵ Plaaniline ravi välisriigis on enamasti seotud harvikaiguste või protseduuridega, mis väikese rahvaarvuga riigi jaoks on ebaoproportsionaalselt suurte kulutustega või puudub tervishoiutöötajate vastav kompetents. Kõige kallimad plaanilise ravi teenused on seotud vastsündinute südameoperatsioonidega. Plaanilisel ravil või uuringutel käidi 2016. aastal kõige enam Saksamaal, Soomes, Hollandis, Rootsis ja Taanis ning üksikjuhtudel Hispaanias, Itaalias ja Tšehhis.¹⁴⁶ Kogu Euroopa Liidu piires ongi Saksamaa juhtiv riik, kuhu pöörduakse enim piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks.¹⁴⁷

Haigekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmist välisriigis toimuva plaanilise tervishoiuteenuse eest aastatel 2015- 2017 illustreerib tabel 6.¹⁴⁸

¹⁴³ Eesti Haigekassa aastaraamat 2015.Tallinn 2016. Lk 93 ja EHK aastaraamat 2016. Tallinn 2017.Lk 94

¹⁴⁴ W.Palm, I.A.Glinos. Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination. Lk.513

¹⁴⁵ MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU, 2015. Arvutivõrgus: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf (19.03.2018)

¹⁴⁶ Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn 2017. Lk 95

¹⁴⁷ Euroopa Komisjoni aruanne. 2015

¹⁴⁸ Eesti Haigekassa aastaraamat 2015.Tallinn 2016. Lk 93 j; EHK aastaraamat 2016. Tallinn 2017. Lk 94; EHK vastuskiri teabe küsimisele 22.02.2018 nr 1.1-13/5976-1

Tabel 6.Eesti kindlustatute välisriigis osutatud tervishoiuteenuste juhud 2015 - 2017

	2015	2016	2017
Juhtude arv	282	244	233
Plaaniline ravi	94	64	68
Uuringud	161	141	134
Luuüdi mittesugulusdoonorlus	27	39	31
Keelduvaid otsuseid	5	23	10

Keelduvate otsuste põhjuseks oli enamasti asjaolu, et taotletav teenus või sellele alternatiivne teenus oli patsiendile Eestis kättesaadav. Üksikjuhtudel taotleti teenuseid, mille puhul ei ole tõendatud meditsiiniline efektiivsus. Selles osas on olukord sarnane teiste Euroopa Liidu liikmesriikidega, kus samuti on keeldumise põhjuste osas esikohal asjaolu, et taotletud tervishoiuteenust saab vastava riigi territooriumil anda meditsiiniliselt põhjendatud tähtaja jooksul, võttes arvesse taotleja tervislikku seisundit ja haiguse tõenäolist arengut ning teisel kohal see, et taotletud tervishoiuteenused ei kuulu kindlustajariigi riiklike tervishoiuteenuste hulka.¹⁴⁹ 2017. aastal jooksul peatati otsuseta 21 taotluse menetlus, enamik nimetatud taotlustest tühistati taotleja soovil.

Haigekassa keelduvat otsust on taotlejal võimalik vaidlustada 30 päeva jooksul otsusest teadasaamisest, esitades vaide vastavalt haldusmenetluse seadusele haigekassale.¹⁵⁰ 2016. a tehti 2 vaiet ja 2017. a 3 vaiet. 4 juhul piirduti vaidega, 1 juhul pöörduiti seejärel kohtusse.¹⁵¹ Võimalus keelduvaid otsuseid kohtus vaidlustada kuulub subjektiivsete põhiõiguste hulka.¹⁵²

¹⁴⁹ MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU, 2015. Arvutivõrgus: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf (19.03.2018)

¹⁵⁰ HMS § 71 lg 1 ja HMS § 73

¹⁵¹ HMS § 87 ja EHK vastuskiri teabe küsimisele 22.02.2018 nr 1.1-13/5976-1

¹⁵² Eesti Vabariigi Põhiseadus § 15.

3.5 Direktiivi kohaldamisega seotud probleemid

3.5.1. Õigusselguse puudumine eellubade süsteemi rakendamisel

Direktiivi 2011/24/EL artiklis 7 on sätestatud põhimõte, et kindlustajaliikmesriik ei kehtesta piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamise suhtes eelloa nõuet. Eellubade süsteem on erand, mis on aktsepteeritud vaid direktiivi artiklis 8 sätestatud juhtudel.¹⁵³ Eelloa süsteem on samas loodud eelkõige patsientide turvalisust, ohutust ja ravikvaliteeti silmas pidades. Arvestatud on ka liikmesriigi planeerimisvajadust, tagamaks küllaldane ja püsiv juurdepääs kvaliteetsete raviteenuste tasakaalustatud valikule asjaomases liikmesriigis ning soovi kontrollida tervishoiukulusid. Asjakohane on seejuures niipalju kui võimalik vältida rahaliste, tehniliste või inimressursside raiskamist. Euroopa Liidu liikmesriikides on eellubade süsteemid piiriülese tervishoiuteenuse kasutamiseks tavapärased, kuid esineb selgusetus taotluste ja nende aluseks olevate õigusaktide süstematiseerimisel. Euroopa komisjoni 2015. aastal koostatud aruandest selgub, et mõnedel liikmesriikidel on raskusi käsitletavate taotluste eristamisega vastavalt direktiivile 2011/24/EL ning taotlused käsitletakse vastavalt määrustele nr 883/2004(EÜ) ja nr 987/2009(EÜ). See puudutab teiste seas ka näiteks Saksamaad, Kreekat ja Luksemburgi.¹⁵⁴ Kõik eelpool loetletud õigusaktid on omavahel tihedalt seotud, kuigi sisaldavad kohaldamisala suhtes erisusi. Määrust nr 883/2004(EÜ) kohaldatakse küll haigushüvitiste, kuid mitte sotsiaal- ja arstiabi suhtes.¹⁵⁵ Eestis laekub haigekassale igal aastal kümneid raviarveid välisriikidest, mis on seotud luuüdidonorite otsinguga ja seda loetakse Eesti õigusruumis plaaniliseks tervishoiuteenuseks välisriigis, kuigi ei kuulu otseselt direktiivi kohaldamisalasse.¹⁵⁶ Eestis on sarnaselt Saksamaale ja Luksemburgile haigekassa bürokraatia vähendamise eesmärgil kõik andmed piiriüleste tervishoiuteenuste kohta koondatud ühtsesse süsteemi "piiriüleised tervishoiuteenused" väljaspool Eesti Vabariiki (EL-i ja ELi-välised). Loamenetlus käsitleb määrust 883/04(EÜ) ja direktiivi 2011/24 käsitlevaid taotlusi võrdselt ja esialgu ei tehta vahet kahe põhimõtteliselt erineva skeemi vahel.¹⁵⁷ Ei ole kehtestatud eraldi loamenetlust

¹⁵³ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 7ja 8.

¹⁵⁴ MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU, 2015. Arvutivõrgus: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf (19.03.2018)

¹⁵⁵ Euroopa parlamendi ja Nõukogu määrus nr 883/2004(EÜ) sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta. Art. 3. Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX%3A02004R0883-20140101> (28.01.2018)

¹⁵⁶ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 1.

¹⁵⁷ MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU, 2015. Arvutivõrgus: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf (19.03.2018)

juhtudele, kus teenust ei ole võimalik patsiendile pakkuda meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, ja juhtudele, kus teenust, mida patsient vajab, Eestis ei osutata. Kehtivas ravikindlustuse seaduses ei ole samuti eristatud eellubade süsteemi EL erinevatest õigusaktidest (määrus ja direktiiv) lähtuvalt, vaid koondatud eelloa nõue Euroopa Liidu liikmesriigis piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks lähtuvalt majanduslikest kaalutlustest.

Haigekassalt on võimalik taotleda eelluba plaaniliste tervishoiuteenuste finantseerimiseks välisriigis kahe erineva printsiibi alusel: ravikindlustuse seaduse §27¹ lõige 1 või Euroopa Parlamendi ja Nõukogu (EÜ) määruse nr 883/2004 artikkel 20 alusel.¹⁵⁸ Autori arvates on tegemist ebaproportsionaalse piiranguga, sest ka need patsiendid, kes soovivad saada tervishoiuteenuseid teises liikmesriigis muudel kui määrusega (EÜ) nr 883/2004 ettenähtud tingimustel, peaksid saama toetuda patsientide, teenuste ja kaupade vaba liikumise põhimõtetele kooskõlas ELi toimimise lepingu ning direktiiviga 2011/24/EL. Lähtuvalt Euroopa Kohtu seisukohast ei ole eelneva loa süsteem põhimõtteliselt vastuolus liidu õigusega, kuid sellise loa andmise tingimused peavad olema õigustatud. Iga riigi eesmärgiks on tagada oma territooriumil piisav ja püsivalt kättesaadav kvaliteetsete haiglaraviteenuste tasakaalustatud valik ning soov hoida kulud kontrolli all ja vältida nii palju kui võimalik rahaliste, tehniliste ja inimressursside raiskamist.¹⁵⁹ Eestis võib valdkonna eest vastutav minister samadele alustele toetudes kehtestada määrusega eelloa nõude haigekassa nõukogu ettepanekul. Eesti tervishoius on piiratud ressursside tingimustes eelloa nõue õigustatud ja vähendab ettenägematute tervishoiuteenuste eest hüvitiste maksmist. Nimetatud eelloa nõude võib kehtestada tervishoiuteenuste saamiseks, mis olenevad planeerimisvajadusest, tingivad patsiendi haiglasse paigutamise vähemalt üheks ööks, nõuavad kitsalt spetsialiseeritud ja kulukate meditsiinitaristute ja -seadmete kasutamist või kujutavad endast erilist riski patsiendi või elanikkonna jaoks.¹⁶⁰ Siinkohal on oluline märkida, et õigusselguse vähesus eellubade süsteemis on tingitud rakendusaktide puudumisest, kus oleks sätestatud konkreetsed tervishoiuteenused, mille saamiseks eelloa nõue kehtestatakse, eelloa nõude kehtestamise eesmärk ja eelloa nõude kehtestamise vajaduse ümberhindamise periood. Haigekassale on seega antud väga laialdane kaalutlusruum, kuigi välisriiki ravile suunamise otsus toetub eelnevale Eesti erialaarstide konsiiliumi otsusele, milles osaleb vähemalt kaks

¹⁵⁸ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu (EÜ) määruse nr 883/2004 art 20 Arvutivõrgus:[http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/HTML/?uri=CELEX:02004R0883-20140101&from=EN\(09.02.2018\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/HTML/?uri=CELEX:02004R0883-20140101&from=EN(09.02.2018))

¹⁵⁹ EK C-173/09, *G. I. Elchinov vs Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa*, eelotsusetaotlus.

¹⁶⁰ Ravikindlustuse seadus. § 66³

eriarsti, kes hindavad taotletava teenuse vastavust haigekassa poolt koostatud kriteeriumitele, mis tuginevad ravikindlustuse seadusele ja Euroopa Parlamendi ja Nõukogu (EÜ) määruse nr 883/2004 artikkel 20-le. Euroopa Kohtu väljakujunenud kohtupraktika kohaselt peab eelneva loa andmise kord põhinema objektiivsetel, mittediskrimineerivatel ja varem teada olevatel kriteeriumidel, nii et ametiasutuste kaalutusõiguse teostamine oleks piiritletud ja seda ei saaks meelevaldselt kasutada.¹⁶¹ Kehtestatud tingimused ei tohi minna kaugemale, kui on nende eesmärkide saavutamiseks objektiivselt vajalik, ning sama tulemust ei või olla võimalik saavutada vähem piiravate õigusnormidega.¹⁶² Niisugune lubade andmise süsteem peab lisaks põhinema menetlussüsteemil, mis on hõlpsasti ligipääsetav ja suudab tagada huvitatud isikutele loataotluse objektiivse ja erapooletu menetlemise mõistliku aja jooksul ning peale selle peab loa andmisest keeldumist olema võimalik kohtus vaidlustada.¹⁶³ Kõrvuti laialdase diskretsiooniõigusega kehtivad eelloa taotluse menetlusele küll haldusmenetluse seaduse kohaselt selgitamis- ja põhjendamiskohustus¹⁶⁴, kuid vaatamata sellele ei ole tegemist läbipaistva ja üheselt mõistetava protsessiga. Selgete objektiivsete kriteeriumite kehtestamiseta puudub taotlejal endal eelnev kontrollimehhanism taotluse mõttekuse osas. Eitava otsuse vaidlustamiseks on võimalik esitada vaie või pöörduda kohtusse. Otsuse vaidlustamine on tavapäraselt pikemaajaline protsess ning selle jooksul võib taotleja tervislik seisund oluliselt muutuda/halveneda ning kaasa tuua taaspöördumatud tervisekahjustused, halvimal juhul surma. Eellubade süsteemi läbipaistvuse ja õiguskindluse suurendamiseks tuleks välja töötada ravikindlustuse seaduses ettenähtud rakendusaktid teises Euroopa Liidu liikmesriigis piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks eelloa alusel ja välja tuua ammendava kataloogina eelloa taotluse rahuldamata jätmise kriteeriumid. Autori arvates oleks sellise eelloa regulatsiooniga tagatud ühelt poolt patsientide õigus saada soovi korral tervishoiuteenuseid välisriigis asuva tervishoiuteenuse osutaja vahendusel, teiselt poolt aga tagatud ravikindlustussüsteemi finantstasakaalu ja kvaliteetsete tervishoiuteenuste säilumine päritoluriigis.

¹⁶¹ EK C-512/08, *Euroopa Komisjon vs Prantsuse Vabariik*, hagi. p 43

¹⁶² EK C-173/09, *G. I. Elchinov vs Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa*, eelotsusetaotlus.

¹⁶³ EK C-512/08, *Euroopa Komisjon vs Prantsuse Vabariik*, hagi.

¹⁶⁴ Haldusmenetluse seadus §36, §56

3.5.2. Legaaldefiniitsioonideta mõistete kasutamisega seotud võimalikud õigusvaidlused

Tervishoiuteenuste ajaline kättesaadavus on otseselt seotud ravijärjekordadega. Eelloa taotlemisel tekitab olulisi arusaamatusi direktiivis esinev väljend «meditsiiniliselt õigustatud tähtaeg», mis välistab eelloa andmisest keeldumise.¹⁶⁵ “Meditsiiniliselt õigustatud tähtaeg” on määratlemata õigusmõiste, mis on seotud konkreetse isiku ja tema haigusseisundiga ja seda ei ole võimalik numbriliselt määrata. Erinevate liikmesriikide tervishoiukorraldusest ja rahalisest võimekusest lähtuvalt võib kindlustajaliikmesriigi territooriumil meditsiiniliselt õigustatud tähtaeg olla väga erineva pikkusega ning seada seega eri riikide kindlustatud ebavõrdsesse seisu vajaliku ravi saamisel. Hinnangu mõistliku aja kohta saab anda meditsiinieksperit ja sedagi vaid tinglikult, võttes arvesse isiku tervislikku seisundit ja haiguse eeldatavat kulgu. Seega esineb alati vea võimalus, kuid selle minimeerimiseks ja subjektiivse faktori osakaalu vähendamiseks on kehtestatud konsiiliumi otsuse nõue eelloa taotluste hindamisel. Lõpliku otsuse välisriiki ravile suunamise kohta teeb Eesti Haigekassa ametnik. Rahalise piiratuse tingimustes võidakse üksikjuhtudel majanduslikke huvisid eelistada taotleja isiklikele huvidele, sest sama tervishoiuteenust saab osutada ka Eesti tervishoiuasutustes, kuigi mõnevõrra hiljem. Haigekassa vastutus sellises situatsioonis jääb ebaselgeks küllaltki laialdase kaalutusõiguse olemasolul. Autorile teadaolevalt ei ole praeguseks sellealast siseriiklikku kohtupraktikat ette tulnud, kus oleks vaidlustatud “meditsiiniliselt õigustatud tähtaja” pikkust. Euroopa Kohtu praktikas on asutud seisukohale, et kui kindlustatu on esitanud loataotluse, mille pädev asutus on jätnud rahuldamata, ning hiljem on kas pädev asutus ise või kohus tuvastanud sellise keeldumise põhjendamatus, on kindlustatul õigus saada otse pädevalt asutuselt kulude eest hüvitist samas summas, mille see asutus oleks võtnud enda kanda, kui luba oleks kohe nõuetekohaselt väljastatud.¹⁶⁶ Euroopa Kohus on ka leidnud, et kui mõnes liikmesriigis esinevad siseriiklikud õigusnormid, mis välistavad ilma eelneva loata osutatud haiglaravi hüvitamise kõigil juhtudel, võtavad need kindlustatult, kes oma tervisliku seisundiga seotud põhjustel või vajaduse tõttu saada kiireloomulist haiglaravi ei saanud sellist luba taotleda või kes ei saanud ära oodata pädeva asutuse vastust, õiguse sellist ravi pädeva asutuse kulul saada, on tegemist teenuste osutamise vabaduse õigustamatu piiranguga. Ravi hüvitamine niisugustel

¹⁶⁵ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 8.

¹⁶⁶ EK C-368/98, *A. Vanbraekel jt v Alliance nationale des mutualités chrétiennes*, celotsusetaotlus.

erijuhtudel ei kahjusta oma laadilt haiglate planeerimise eesmärkide saavutamist ega kahjusta tõsiselt sotsiaalkindlustussüsteemi rahalist tasakaalu. See ei mõjuta tasakaalustatud ja kõigile kättesaadava haiglaraviteenuse, ravivõimsuse ega meditsiinilise pädevuse säilitamist riigi territooriumil.¹⁶⁷ Eelnevast tuleneb, et liikmesriigi õigusnormid ei saa kõigil juhtudel välistada teises liikmesriigis ilma eelneva loata saadud haiglaravi hüvitamist, kuigi hüvitise taotlemine tervishoiuteenuse järgselt ilma eelneva eelloata suurendab patsientide ebakindlust piiriülese tervishoiuteenuse kasutamise suhtes otsustamisel. Mitte vähe tähtis ei ole ka kulude eelnev omafinantseerimine, mis suurele osale kindlustatutest ei pruugi olla jõukohane. Ka eeldab välisriiki ravile minek sageli tugiisiku kohalolu, mille kuld erinevalt mõnedest teistest EL liikmesriikidest, Eestis kompenseerimisele ei kuulu.¹⁶⁸ Eellubade süsteemi õiguskindluse ja läbipaistvuse saavutamiseks tuleks valdkonna eest vastutava ministri juhtimisel jõuda ravikindlustuse seaduse rakendusaktide väljatöötamiseni ning senisest enam teavitada kindlustatud piiriülese tervishoiuteenuse osutamisega seotud küsimustes. Euroopa komisjoni aruande kohaselt on vaid 12 % Eesti elanikkonnast enda arvates kursis sellega, milliste teistes EL-i liikmesriikides osutatavate tervishoiuteenuste eest on võimalik hüvitist saada.¹⁶⁹ Mõiste «meditsiiniliselt õigustatud tähtaeg» sisustamisel tuleks lisaks liikmesriigis levinud praktikale senisest enam pöörata tähelepanu teiste riikide samasisuliste teenuste osutamise tähtaegadele ja analüüsida teenusele pääsemise tähtaeg/tulemi kvaliteedi ja efektiivsuse suhet.

3.5.3. Isikuandmete kaitse piiriülese tervishoiuteenuse osutamisega seotud terviseandmete liikumisel

Kiire tehnoloogiline areng ja üleilmastumine on tekitanud olukorra, kus igasuguste andmete kogumise ja jagamise ulatus on märkimisväärselt suurenenud. Piiriülese tervishoiuteenuse kasutamisega seoses on oluliseks muutunud riikidevahelise terviseandmete vahetamise turvalisus ja kaasaskantavus. Isikuandmed on mis tahes andmed tuvastatud või tuvastatava füüsilise isiku kohta, sõltumata sellest, millisel kujul või millises vormis need andmed on. Füüsiliste isikute kaitse isikuandmete töötlemisel on põhiõigus, kuid seda ei loeta

¹⁶⁷ EK C-173/09, *G. I. Elchinov vs Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa*, eelotsusetaotlus.

¹⁶⁸ Iirimaa ja Malta teatud tingimustel hüvitavadsaatsva isiku reisi- ja majutuskulud. R.Baeten. Europeanization of national health systems National impact and EU codification of the patient mobility case law. European Social Observatory, Jyly 2012. Lk 25.

¹⁶⁹ Euroopa Komisjoni aruanne direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius) toimimise kohta Brüssel, 2015.

Arvutivõrgus: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir_201124eu_et.pdf (18.02.2018)

absoluutseks põhiõiguseks, mistõttu tuleb seda kaaluda vastavalt ülesandele ühiskonnas ning tasakaalustada muude põhiõigustega. Euroopa Liidu põhiõiguste harta artikli 8 lõikes 1¹⁷⁰ ja Euroopa Liidu toimimise lepingu artikli 16 lõikes 1¹⁷¹ on sätestatud, et igaühel on õigus oma isikuandmete kaitsele. Samas tuleb arvestada, et teatud ulatuses isikuandmete töötlemine peaks olema mõeldud teenima inimesi. Terviseandmed tekivad üldjuhul tervishoiuteenuse osutamise, tavaliselt ravimise käigus. Andmete talletamise esmane vajadus ja õigustus tuleneb sellest, et osutatud tervishoiuteenus hüvitatakse kindlustatule ettenähtud ulatuses ja seega vajab teenuse osutamise andmeid ravi rahastaja s.o Eesti tingimustes haigekassa. Teiseks põhjuseks on teenuse osutaja vajadus ravijuhtum dokumenteerida, et hilisemate küsimuste korral ravi kvaliteedi osas ennast õigustada ja näidata, et ravimisel ei ole tehtud vigu. Dokumenteerimiskohustus on *expressis verbis* sätestatud võlaõigusseaduse §-s 769: "Tervishoiuteenuse osutaja peab patsiendile tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohaselt dokumenteerima ning vastavaid dokumente säilitama."¹⁷² Tervist puudutavad andmed võivad tekkida ka väljaspool tervishoiuteenuse osutamist, näiteks kui inimene jälgib oma tervist mõne seadmega (näiteks pulsikell) või peab toitumis-, vererõhuväärtuste päevikut. Andmed tervises seisundi või puude kohta loetakse delikaatsete isikuandmete hulka ning isikuandmete kaitse seaduse kohaselt moodustavad delikaatsed isikuandmed andmete erikategooria.¹⁷³ Kõigi isikuandmete, eriti aga delikaatsete isikuandmete töötlemine, edastamine ja avalikustamine on seotud piirangutega, eesmärgiga kaitsta isikuandmete töötlemisel füüsilise isiku põhiõigusi ja -vabadusi, eelkõige õigust eraelu puutumatusele.¹⁷⁴ Piiriülese tervishoiuteenuse osutamisel peab päritoluriik tagama, et tervishoiuteenuse osutajal on ravi toimumise kohaks olevas riigis juurdepääs patsientide kirjalikele või elektroonilistele tervisekaartidele ning juurdepääs on tagatud kooskõlas andmekaitse nõuetega. Esitatud andmed peavad olema täielikult loetavad ja arusaadavad. Tervishoius on tulenevalt andmete iseloomust privaatsuse ja isikuandmete kaitse kesksed väärtused. Isikuandmete töötlemine on lubatud üksnes andmesubjekti nõusolekul, kui seadus ei sätesta teisiti, arvestades seaduslikkuse-, eesmärgikohasuse-, minimaalsuse-, kasutuse piiramise-, andmete kvaliteedi-, turvalisuse- ja individuaalse

¹⁷⁰ Charter of Fundamental Rights of the European Union, art 8. Lissabon, 07.12. 2000. Avutivõrgus: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT\(14.02.2018\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT(14.02.2018))

¹⁷¹ Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioon, 2016. Arvutivõrgus: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2010.083.01.0001.01.EST&toc=OJ:C:2010:083:FULL\(14.02.2018\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2010.083.01.0001.01.EST&toc=OJ:C:2010:083:FULL(14.02.2018))

¹⁷² Võlaõigusseadus § 769

¹⁷³ Isikuandmete kaitse seadus § 4

¹⁷⁴ Isikuandmete kaitse seadus § 1

osaluse põhimõtet.¹⁷⁵ Sotsiaalministeeriumi ja riigikantselei tellimusel 2017 valminud uuringus "Isiku terviseandmete vaba liikumise tõkete kaardistamine EL digitaalse ühisturu eesmärkide valguses" selgus, et terviseandmed liiguvad erinevate liikmesriikide vahel enamasti sel teel, et patsient võtab need endaga kaasa paberil.¹⁷⁶ Konkreetse patsiendi raviks vajalikus mahus liiguvad terviseandmed üle liikmesriikide piiride lisaks paberkandjale ka e-kirjade, faxi, Skype'i kaudu, samuti mälupulkadel, CD-del ja muudel andmekandjatel. Terviseandmed tekivad ka lähitulevikus osaliselt paberkandjail, kuid üha enam masintöödeldaval kujul nii Eestis kui ka Euroopas. Isiku terviseandmete vaba liikumise aluseelduseks on, et andmed oleksid elektrooniliselt saadaval. Kõikides liikmesriikides on tagatud või plaanis tagada terviseandmete elektrooniline talletamine. Selleks et Euroopa Liidus toimuks ühtne e-tervise lahenduste turg, on vajalik ühtne, lihtne ja selge reeglistik e-tervise lahenduste loomisele, kasutamisele ja levitamisele. Olulist tähelepanu tuleb seejuures pöörata nii õigusruumi kaasajastamisele kui ka andmete turvalist vahetamist ja kaasaskantavust toetava taristu loomisele. Tervise infosüsteemides on märgata suuri erinevusi, nii ülesehituse kui ka õigusliku regulatsiooni poolest.¹⁷⁷

Kasutusel olevate süsteemide mitmekesisuses võib peituda oht isikuandmete turvalisele ja õiglasele kasutusele. Eestis ei ole vajalik patsiendi nõusolek elektrooniliste terviseandmete loomiseks, sest Eestis on tervishoiuteenuse osutaja kohustatud dokumenteerima patsiendile osutatud ravi, samuti on kohustuslik dokumenteeritu osaline edastamine tervise infosüsteemi, kuid loodud terviseloos edasine töötlemine võib omakorda vajada nõusolekut ja patsiendil on õigus selle edastamist piirata. Inimeste suhtumine oma terviseandmete kaitsesse ja privaatsusesse on Euroopas erinev, sõltudes paljuski sellest, kas inimesel on päriselus ette tulnud konkreetseid muret õigustavaid juhtumeid (usalduse kuritarvitusi) või ei. Kui Eesti, Soome ja Rootsi patsiendid oma andmete kasutamise pärast märkimisväärselt mures ei ole, siis Ühendkuningriigis peab seda oluliseks murekohaks kuni 60% ning Saksamaal ja Poolas 20-40% patsientidest.¹⁷⁸ Privaatsusega seotud mured on õigustatud, kuid seda ei tohi kasutada kui põhjust, miks piirata või keelata andmete vaba liikumist. Eelpool nimetatud uuringut tutvustavas intervjuus on sotsiaalministeeriumi e-teenuste

¹⁷⁵ Isikuandmete kaitse seadus § 6

¹⁷⁶ Isiku terviseandmete vaba liikumise tõkete kaardistamine EL digitaalse ühisturu eesmärkide valguses. KPMG Baltiks OÜ, 2017. Arvutivõrgus: http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/final_etervise_uuring.pdf (11.02.2018)

¹⁷⁷ Isiku terviseandmete vaba liikumise tõkete kaardistamine EL digitaalse ühisturu eesmärkide valguses. KPMG Baltiks OÜ, 2017. Arvutivõrgus: http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/final_etervise_uuring.pdf (11.02.2018)

¹⁷⁸ Isiku terviseandmete vaba liikumise tõkete kaardistamine EL digitaalse ühisturu eesmärkide valguses. KPMG Baltiks OÜ, 2017. Lk 54

arengu ja innovatsiooni asekanstler Ain Aaviksoo öelnud: „Kui me soovime, et patsiendid võtaksid suurema vastutuse oma tervise eest ning et meie tervisesüsteemid vastaksid veelgi täpsemini iga üksiku patsiendi individuaalsetele vajadustele, peame julgustama inimesi oma terviseandmeid kasutama ja seda ka võimaldama. Selleks on meil vaja kokkuleppeid, mida, kuidas ja millal andmetega tervishoius teha võib, mis hõlmaks andmete jagamist nii erinevate tervishoiuteenuste pakkujate kui üha enam ka erinevate riikide vahel.“¹⁷⁹ Euroopa Liit on kehtestanud direktiivide ja määrustega reeglid, mida liikmesriigid peavad täitma, et tagada patsientide õigused koos kaitsemeetmetega. Eelkõige reguleerisid isikuandmete töötlemist Euroopa Liidus andmekaitse direktiiv 95/46/EÜ ja direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius 2011/24/EL, kuid 2018. aastal kohalduma hakanud EL-i andmekaitsemäärus 2016/679/EL, muudab varasemat situatsiooni.¹⁸⁰

Seni kehtinud andmekaitse direktiiv ja ka direktiiv 2011/24/EL võimaldasid liikmesriikidele sätete harmoneerimisel teatavat diskretsiooni, siis määrus seda enam ei võimalda. Andmekaitsemääruse jõustumisega moodustub EL-i üleselt ühtne andmekaitse ja andmete liikumisruum, mis tähendab, et liikmesriigis ja liikmesriikide vahel ei ole enam geograafilisi piiranguid. Andmekaitsemäärus seab ühtse reeglistiku nii andmete turvalisusele kui ka vabale liikumisele. EL-i üleselt saavad andmed vabalt liikuda ning samaaegselt on tagatud andmekaitse kõrge tase. Uue andmekaitsemääruse kohaselt peaksid tervisealaste isikuandmete hulka kuuluma kõik andmesubjekti tervislikku seisundit käsitlevad andmed, mis annavad teavet andmesubjekti endise, praeguse või tulevase füüsilise või vaimse tervise kohta. Tervisealased isikuandmed hõlmavad teavet füüsilise isiku kohta, mis on kogutud füüsilisele isikule tervishoiuteenuste registreerimise või osutamise käigus. Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivis 2011/24/EL on täpsustatud, et selle alla kuuluvad ka number, tähis või eritunnus, mis on füüsilisele isikule määratud tema kordumatuks tuvastamiseks tervishoiuga seotud eesmärkidel ja teavet, mis on saadud mingi kehaosa või kehast pärineva aine, sealhulgas geneetiliste andmete ja bioloogiliste proovide kontrollimise või uurimise tulemusena. Lisaks kuuluvad samasse loetellu ka teave haiguse, puude, haigestumisohu, haigusloo, kliinilise ravi või andmesubjekti füsioloogilise ja

¹⁷⁹ Uuring: Euroopas on eeldused terviseandmete piiriüleseks liikumiseks olemas. Meditsiiniuudised.20.06.2017
Arvutivõrgus: <https://www.eu2017.ee/et/uudised/muu/uuring-euroopas-eeldused-terviseandmete-piiriuleseks-liikumiseks-olemas> (11.02.2018)

¹⁸⁰ Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EL) 2016/679, 27. aprill 2016, füüsiliste isikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ja selliste andmete vaba liikumise ning direktiivi 95/46/EÜ kehtetuks tunnistamise kohta (isikuandmete kaitse üldmäärus). Brüssel, 27.04.2016. - Official Journal of the European Union, Vol 59, L 119, 4 May 2016. Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679> (11.02.2018)

biomeditsiinilise olukorra kohta. Tervisealased isikuandmed ei sõltu tekkeallikast, on selleks arst või muu tervishoiutöötaja, haigla, meditsiiniseade või *in vitro* diagnostika.¹⁸¹ Euroopa Liidus vastu võetud andmekaitsemäärusega on loodud olukord, kus avalik võim ei paku (ei saa pakkuda) patsientidele teenuseid, kus andmekaitse või privaatsuskaitse on tagamata. Seega võivad inimesed avaliku võimu poolt osutatavaid teenuseid usaldada. Avaliku võimu roll on igakülselt rõhutada ja usutavaks teha, et avalike teenuste tarbijatel ei ole vaja muretseda isikuandmete ja privaatsuse pärast, sest need aspektid on iga avaliku teenuse loomisel erilise ja esmase tähelepanu all ning isikuandmete ja privaatsuse kaitse on tagatud. Probleemiks on pigem asjaolu, et terviseandmeid sisaldavad tervise infosüsteemid ei ole alati loodud selgete tulemuste saavutamiseks ja minimaalsuse ning proportsionaalsuse nõuet järgides, vaid pigem hulga üksikküsimuste lahendamiseks ja tervishoiuasutuste töö kontrollimiseks. Sellise lähenemisviisi tulemuseks on olnud see, et tulemusi kas ei saavutata või neid saavutatakse oodatust märkimisväärselt väiksemas mahus.

Terviseandmetega seoses kerkib tavaolukordadest veelgi enam üles küsimus : „kes on andmete omanik?“ , kuid eriti piiriülesest tervishoiust rääkides tuleks vastust otsida pigem küsimusele: „kes ja millises ulatuses saab andmeid töödelda?“ ehk kellel on tegelikule pädevusele vastavad õigused ja ligipääs patsiendi terviseinfole ja laiemalt üldse terviseinfosüsteemidele. Andmete omandiõiguse küsimust on korduvalt analüüsitud Euroopa Komisjoni poolt ja/või tellimisel. Üks värskeim dokument, mis andmete omandiõiguse teemat Euroopa Liidus käsitleb, pärineb 10. jaanuarist 2017 ning selles on sõnaselgelt öeldud, et Euroopa Liidus ei saa isikuandmed olla omandiõiguse esemeks ja andmete puhul reguleeritakse andmetöötlemise erinevaid aspekte.¹⁸² Terviseandmete vaba liikumine ja e-tervise tehnoloogiate laialdane kasutuselevõtt Euroopas võib Euroopa digitaalse tegevuskava kohaselt suurendada tervishoiuteenuste kvaliteeti, vähendada ravikulusid ja toetada iseseisvat elu, sh äärealadel. Eraldi on rõhutatud e-retseptide piiriülese liikumise võimaldamist ning vajadust pakkuda lahendusi telemeditsiini tarvis.¹⁸³ Autori arvamuse kohaselt peaksid teavitustegevused ja lihtsas keeles arusaadavad ülevaated

¹⁸¹ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määrus (EL) 2016/679. Isikuandmete kaitse üldmäärus. Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679> (11.02.2018)

¹⁸² Commission Staff working document on the free flow of data and emerging issues of the European data economy. Brüssel, 10.01.2017. 3 peatükk, 5.osa. Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52017SC0002&from=EN> (14.02.2018)

¹⁸³ ELi e-valitsuse tegevuskava 2016-2020. Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa majandus- ja sotsiaalkomiteele ning regioonide komiteele. Valitsussektori digitaalse arengu kiirendamine . Brüssel, 19.04.2016. Arvutivõrgus: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/ET/1-2016-179-ET-F1-1.PDF> (14.02.2018)

õigusreeglitest tervisega seonduva andme- ja privaatsuskaitse kohta looma inimestele arusaama, et nende terviseandmed on kaitstud ka piiriülese liikumise korral. Inimeste veenmiseks süsteemide võimekusest tagada kõrge andmekaitse tase, tuleks teha avalikult kättesaadavaks ülevaade meetmetest, millega riiklikud e-tervise süsteemid tagavad andmekaitse kõrge taseme, samuti korraldatavate andme- ja privaatsuskaitse auditite tulemused. Otstarbekas oleks teatud aja järel vaadata üle tervishoidu puudutavad õigusnormid, et neis oleks selge regulatsioon arst-patsient suhtluses kasutatavate elektrooniliste vahendite kasutamise ja terviseandmete töötlemise ulatuse osas. Regulatsioonide kehtestamisel ei tohiks unustada, et kõrvuti turvalisuse tagamisega peavad tervishoiu IT-süsteemid saama üksteisega vajaduspõhiselt tõrgeteta suhelda, mis aitab palju kaasa nii patsientide ohutusele kui ka tervishoiusüsteemide järjepidevusele.

3.5.4. Kaebuste esitamise ja kahjude hüvitamise regulatsioon

Patsientide vaba liikumise direktiivis 2011/24/EL on sätestatud nii ravi osutava liikmesriigi kui ka hüvitava liikmesriigi kohustused seoses kaebuste esitamise ja kahjude korvamisega. Direktiivi artiklis 4 on sõnaselgelt sätestatud, et ravi osutav liikmesriik tagab läbipaistva kaebuste esitamise korra ning mehhanismid, mille abil patsiendid saavad taotleda kompensatsiooni, kui nad kannavad neile osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel kahju. Vastavad korrad on kehtestatud siseriiklike õigusaktidena. Paralleelselt on igas liikmesriigis tema territooriumil osutatava ravi puhul olemas kutsealase vastutuskindlustuse süsteemid, tagatis või samalaadne meede, mis on oma eesmärgilt samaväärne ja võrreldav ning vastab riski laadile ja ulatusele.¹⁸⁴ Kaebuste esitamise ja kahju hüvitamine ning kutsealane vastutuskindlustus on direktiivi mõistes loogiline tervik mistõttu neid eraldi käsitleda ei ole otstarbekas.

Algselt planeeriti Eestis tervishoiuteenuse osutamisega seotud vaidluste lahendamise regulatsiooni kavandatava patsiendiseaduse osana. Eelnõu kohaselt oleks olnud tervishoiuteenusega rahulolematul patsiendil õigus pöörduda kaebusega temale tervishoiuteenust osutava isiku või Terviseameti juurde moodustatud tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole viie aasta jooksul tervishoiuteenuse osutamisest. See ei välistanuks ega piiranud patsiendi õigust pöörduda tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud

¹⁸⁴ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Art 4.

vaidlusega kohtusse. Patsiendiseaduse eelnõu töötati välja ning pidi esialgse kava kohaselt jõustuma 1.juulil 2012.¹⁸⁵ Esitatud eelnõu leidis palju vastukaja ja kriitikat kõigi huvigruppide poolt ning jäigi vaid eelnõu tasemele ja praeguseks patsiendiseadusest sellisel kujul enam ei räägita. Sotsiaalministeerium seadis järgnevalt eesmärgiks patsiendikindlustuse ja meedikute vastutuskindlustuse loomise, millega on kavas luua kohtuväline süsteem patsiendile kahju hüvitamiseks ravi saamisega kaasnenud tüsistuste puhul. Kuluka ja aeganõudva kohtutee asemel hüvitaks kindlustus patsiendile tervishoiuteenuse käigus saadud kahjud, mille tekkimine oli mõistlikkuse piires vältitav. Tervisekahju juhtumid saavad seadusega kindla piirmäära, mis sõltub tekkinud kahju raskusastmest. Samas jääb patsiendile ka pärast fondist hüvitise saamist õigus pöörduda kohtusse.

Loodav, kõiki tervishoiuteenuse osutajaid hõlmav vastutuskindlustus, kehtestatakse mittesüülisel põhimõttel. Kahju hüvitamine toimub selgete põhimõtete alusel, milleks on lepitusmenetlus, vaidemenetlus ja kahju hüvitamise üldised alused. Üheaegselt vastutuskindlustuse süsteemiga on kavas käivitada tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse süsteem. Patsiendiohutuse (*patient safety*) all mõeldakse rahvusvaheliselt tervishoiusüsteemis aset leidvate ohujuhtumite (*patient safety incident*) ja vältitavate ravitüsistuste (*health care error*) registreerimise, analüüsimise ja ennetamise süsteemi.¹⁸⁶ Kahju hüvitamise süsteemi loomise ühe osana on oluline prognoosida rahaliste vahendite kulu süsteemi toimimisel. Sel eesmärgil valmis ministeeriumi tellimusena Tartu Ülikooli Kliinikumi dr Marko Murruste poolt koostatud „Vältitavate ravitüsistuste ja patsiendi ohujuhtumite süsteemi analüüs ja ettepanekud“. Koostatud ülevaates kirjeldatakse võimalikud tervisekahjud, grupeeritakse need raskusastmete järgi eesmärgiga kasutada neid gruppe planeeritavas patsiendikindlustuse süsteemis hüvitiste määramisel ning tehakse ettepanekud tervishoiuteenuse osutamise käigus vältitavate ravitüsistuste ja ohujuhtumite tõttu saadud tervisekahjude gruppidele hüvitiste rahaliste piirmäärade ja teabe dokumenteerimise osas.

Magistritöö autor hindab sotsiaalministeeriumi õigusloomealast võimekust nõrgaks, sest 2013. aastast Eestile kohustuslikus direktiivis sätestatu on senini kohaselt täitmata.

¹⁸⁵ Patsiendiseaduse eelnõu. 457 SE, 2013. Arvutivõrgus:

https://www.riigikogu.ee/v/failide_arhiiv/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_eeln_u.pdf (17.02.2018)

¹⁸⁶ Tervishoiuteenuse osutajate vastutuskindlustuse seaduseelnõu väljatöötamise kavatsus. Eelnõude infosüsteem(EIS). Toimik nr 17-0212. Arvutivõrgus: <http://eelnoud.valitsus.ee/main#HLV3BrCA> (19.03.2018)

Tervishoiuteenuse vastutuskindlustuse seaduseelnõu väljatöötamiskavatsuse registreerimiseni eelnõude infosüsteemis jõuti alles 14.02.2017¹⁸⁷ ja sellele järgneva aasta jooksul ei ole olnud märgata protsessis olulist edasiminekut. Autorile teadaolevalt ei ole seaduseelnõu valminud ja 2017 aasta lõpuks ei olnud otsuseni jõutud isegi küsimuses, kas tegemist saab olema riikliku sundkindlustuse või erakindlustusel põhineva vastutuskindlustusega. Jätkuvalt puudub seega Eesti õiguses tervishoiuteenuse osutajate kohustuslik kutsealase vastutuskindlustuse regulatsioon ning tekkinud kahju on võimalik kahju põhjustajalt sisse nõuda võlaõigusseaduses sätestatud üldistel alustel. Praktikas on vabatahtlik kutsekindlustus osaliselt olemas nii tervishoiutöötajatel (eelkõige arstidel) kui ka tegevusloa omanikel (haiglatel, perearstidel). Vabatahtliku vastutuskindlustusega on kaetud ligikaudu 70% arstidest Eesti Arstide Liidu kaudu, mis ei kuulu riigi poolt tagatud meetmete hulka. Autor on seisukohal, et ilma Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24/EL ülevõtmise sunnita ei oleks Eestis tõenäoliselt veel aastate jooksul jõutud reaalsete sammudeni kohustusliku kutsealase vastutuskindlustuse ja mittesüülise süsteemi loomiseks. Euroopa Komisjon kutsus 2014. aasta augustis 12 liikmesriiki, sh Eestit, teatama piiriülese tervishoiukorralduse meetmete rakendamisest.

Praegune Eestis toimiv süsteem täidab ilmselt direktiivi miimumnõude, sest puuduvad Euroopa Komisjoni märkused/ettekirjutused direktiivi puuduliku ülevõtmisega seondult, kuid kehtiv süsteem ei rahulda tervishoiusüsteemi osapooli. Autor on seisukohal, et Eestis kehtiv õigusliku regulatsiooni puudulikkus takistab olulisel määral tervishoiuteenuste eksporti ja vähendab teiste Euroopa Liidu liikmesriikide potentsiaalsete patsientide usaldust Eestis osutatavate tervishoiuteenuste vastu. Selline olukord kahjustab nii Eesti tervishoiu mainet kui ka piiriülest koostööd tervishoiuvallas ning vähendab võimalikku tervishoiuteenuste ekspordist saadavat finantstulu. Seni on suurenenud eelkõige soomlaste huvi Eesti meditsiiniteenuste vastu. Näiteks Ida-Tallinna Keskhaigla kinnitusele tunnevad soomlased enim huvi diagnostikakliiniku ravivõimaluste osas, samuti on suurenenud patsientide hulk, kes tunnevad huvi silmakliiniku teenuste vastu.¹⁸⁸ Teisest küljest suurendab piiriülene tervishoiuteenuste tarbimine konkurentsi tervishoiuteenuste pakkujate ja-töötajate vahel, mis võib teatud juhtudel suurendada vastumeelsust koostööks.¹⁸⁹

¹⁸⁷ Tervishoiuteenuse osutajate vastutuskindlustuse seaduseelnõu väljatöötamise kavatsus. EIS. Toimik nr 17-0212.

¹⁸⁸ Üle piiri patsient toob segadust. Äripäev. 25. september 2014.

¹⁸⁹ R.Baeten. Europeanization of national health systems National impact and EU codification of the patient mobility case law. European Social Observatory, July 2012. Lk 29.

KOKKUVÕTE

Õigus tervise kaitsele on inimese põhiseaduslik õigus. Tervise puudumine on otseselt seotud elukvaliteedi ja töövõime langusega, mis toovad endaga paratamatult kaasa mitmed sotsiaalsed ja majanduslikud probleemid. Seega on igati mõisteta terviseprobleemidega silmitsi seisvate inimeste tahe saada võimalikult kiiresti kvaliteetset ja tõhusat ravi. Enamasti saadakse ravi kodukohariigis, kuid järjest enam kasvab inimeste soov saada ravitud välismaal. Põhjuseid piiriülese ravi taotlemiseks on mitmeid alates subjektiivsest suuremast usaldusest välisriigi tervishoiuteenuse osutaja vastu kuni objektiivse vastava ravivõimaluse puudumiseni kodukohariigis. Rolli mängivad ka tervishoiuteenuse ajaline ja geograafiline kättesaadavus. Viimane puudutab eriti piiriäärseid elanikke, kellele lähim tervishoiuasutus võib asuda just välisriigis.

Piiriülese tervishoiuteenuse saamise õigust ja selle hüvitamist patsiendi koduriigi poolt reguleerib patsiendi õiguste direktiiv (2011/24/EL), milles on sätestatud patsiendi õigused ja liikmesriikide kohustused piiriüleses tervishoius ning loob alused e-tervise võrgustikule. Vaatamata patsientide võimalusele saada nimetatud direktiivi alusel piiriüleseid tervishoiuteenuseid, säilib liikmesriikidel vastutus kodanikele ohutute, hea kvaliteediga, tõhusate ja arvuliselt piisavate tervishoiuteenuste osutamise eest oma territooriumil. Direktiivi mõte ja ülevõtmine siseriiklikku õigusesse ei või viia olukorrani, kus patsiente julgustatakse saama ravi väljaspool nende kindlustajaliikmesriiki. Samuti ei tohiks patsiendid mingil juhul saada rahalist kasu teises liikmesriigis osutatud tervishoiuteenuse arvelt ning seega peaks hüvitamine piirduma üksnes saadud tervishoiuteenuse tegelike kulude katmisega. Liikmesriigid võivad tervishoiu juhtimise ja planeerimise paremaks korraldamiseks kehtestada eellubade süsteemi.

Liikmesriikidel oli kohustus direktiiv oma haldusnormidega üle võtta hiljemalt 25. oktoobriks 2013. Magistritöö autor seadis eesmärgiks analüüsida, kas kõnealune piiriülese tervishoiuteenuse direktiiv on Eestis täielikult üle võetud ja milliseid õiguslikke aspekte on selle praktikasse rakendamisel esile kerkinud.

Eesti on piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamiseks ravikindlustuse seaduses ette näinud eellubade süsteemi, kuid selle teostus on poolik ja ei taga patsientidele ei õigusselgust ega ka õiguskindlust. Seaduse rakendusaktid on välja töötamata ning puuduvad üheselt mõistetavad kriteeriumid eelloa taotluse rahuldamisest keeldumiseks. Eesti

Haigekassale on jäetud selles osas väga lai kaalutlusruum ja arstliku konsiiliumi otsuse osakaal ebaselge. Autor näeb siin ohtu patsientide tervisele ja õigusele vabalt valida tervishoiuteenuse osutajat Eestis või mõnes teises Euroopa Liidu liikmesriigis. Viimastel aastatel on haigekassa olnud pidevas rahapuuduses ja selliselt võib finantstasakaalu saavutamise huvides keelduda eelloa taotluse rahuldamisest, kuigi taotlus on esitatud direktiivi mõistes õigete kriteeriumite alusel. Kasutusel on “meditsiiniliselt õigustatud tähtaeg” kui määratlemata õigusmõiste, mis on seotud konkreetse isiku ja tema haigusseisundiga ning mida ei ole võimalik numbriliselt määrata. Tegemist on subjektiivse mõistega ja lähtuvalt tervishoiu hetkeolukorrast ning haigekassa rahalisest võimekusest on võimalik seda väga lihtsalt ja kiiresti pikendada, seades taotlejad ajateljel ebavõrdsesse seisu vajaliku ravi saamisel.

Terviseandmed, mis tekivad üldjuhul tervishoiuteenuse osutamise, tavaliselt ravimise käigus, kuuluvad delikaatsete isikuandmete kategooriasse, mis vajavad põhiõigusena erilist kaitset. Teisalt sõltub piiriüleste tervishoiuteenuste osutamise järjepidevuse tagamine ja kvaliteet patsiendi tervise seisundit käsitlevate isikuandmete edastamisest. Kõnealuseid isikuandmeid peaks saama edastada ühest liikmesriigist teise, kuid selliste isikuandmete töötlemisel ja vahendamisel tuleb järgida seaduslikkuse-, eesmärgikohasuse-, minimaalsuse põhimõtet. E-tervise võrgustiku arendamine peaks andma püsiva majandusliku ja sotsiaalse kasu, eesmärgiga saavutada kõrgetasemeline usaldusväarsus ja turvalisus. Magistritöö autor on seisukohal, et hetkel on Eestis e-tervise süsteem liigselt killustatud, orienteeritud pigem erinevatele kontrollivõimalustele kui tervishoiuteenuse osutamise kiirendamisele ja ravi järjepidevusele. Andmekaitsega seotud piirangud terviseandmetele juurdepääsuks on üldiselt asjakohased, kuid patsiendi õigus terviseandmeid “lukustada” võib hiljem seada ohtu mitte ainult patsiendi enda, vaid ka meditsiinipersonali ja kaudselt laiema isikute ringi. Näiteks kui patsient on seadnud piirangu, mis ei võimalda tervishoiuteenuste osutajatele juurdepääsu tema AIDS-i või tuberkuloosi põdemist tõendavale infole ja ta ise sellest ravi käigus personali ei teavita või on seisundis, milles pole suuteline info edastamiseks.

Patsientide vaba liikumise direktiivis 2011/24/EL on sätestatud liikmesriigi kohustus kehtestada läbipaistev kaebuste esitamise kord ning mehhanismid, mille abil patsiendid saavad taotleda kompensatsiooni vastavalt ravi osutava liikmesriigi õigusaktidele, kui nad kannavad neile osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel kahju. Direktiivis on nõue, et liikmesriigi territooriumil osutatava ravi puhul on olemas kutsealase vastutuskindlustuse

süsteemid. Selles küsimuses on autor erineval seisukohal sotsiaalministeeriumist, kelle arvates on direktiiv adekvaatselt Eesti õigusesse üle võetud. Praegune süsteem täidab ilmselt küll direktiivi miinimumnõude, kuid seda paljuski tänu Eesti Arstide Liidu vabatahtlikule vastutuskindlustusele, millega on hõlmatud ligikaudu 70% arstkonnast. Patsientidele tervishoiuteenuse tagajärjel kahju tekkimise korral on selle hüvitamine kahetsusväärselt subjektiivne ja sõltub nii patsiendi enda aktiivsusest oma õiguste maksmapanemisel kui ka tervishoiuteenuse osutaja või kohtu otsusest. Puudub selgus kahju hüvitamise aluste ning menetlusreeglite osas ja see on ka väga aeganõudev protsess. Sotsiaalministeerium on direktiivi kehtestamisest saadik vastava õigusakti väljatöötamisega tegelenud, kuid protsessi senist kulgu arvestades ei realiseeru see tegelikkuses lähiaastatel.

Patsientide liikuvus Euroopa Liidu liikmesriikide vahel on mahult piiratud ja eeldatavasti jääbki selliseks, kuna suurem osa patsiente saab tervishoiuteenuseid oma riigis ning eelistab seda varianti. Euroopa Komisjoni hinnangul moodustab nõudlus piiriüleste tervishoiuteenuste järele vaid umbes 1% riiklikest tervishoiukuludest. Eesti puhul osutub piiriülese tervishoiuteenuse kasuks otsustamisel paljudel juhtudel takistavaks asjaoluks rahapuudus. Tavapärastelt maksavad patsiendid ravi eest kõigepealt ise ja seejärel hüvitab selle haigekassa ning seda Eestis kehtiva hinnakirja alusel ning vaid nende tervishoiuteenuste eest, mida patsiendil oleks õigus saada haigekassa kulul ka Eestis. Kui välismaal saadud teenuse hind on kõrgem kui meie haigekassa tervishoiuteenuse loetelus olev hind, peab patsient hinnavahe ise tasuma. Samuti jäävad patsiendi enda kanda visiidi- ja omaosalustasud ning sõidukulud. Siinkohal kerkib üles küsimus, kas direktiiv rikub nii solidaarsusprintsipi, mida Eestis on püütud õigusaktide loomisel järgida. Samuti toob see teatud juhtudel kaasa võrdsuse põhimõtte eiramise, võimaldades eelistada ravi kiiruses ja kättesaadavuses inimesi, kellel on rohkem raha. Direktiivi alusel tekib olukord, kus inimesel on võimalik minna teise riiki ravile, kui materiaalsed võimalused seda lubavad ning pärast Eesti haigekassalt raviraha tagasi saada. Kuigi patsiendil on võimalus valida ise endale teenusepakkuja, saavad seda endale Saksamaal, Prantsusmaal ja isegi Soomes lubada vaid vähesed, sest seal on teenus kallim ja tuleb olulisel määral juurde maksta, sest teenused kompenseeritakse vaid osaliselt Eesti hinnakirja alusel.¹⁹⁰ Patsientide vaba liikumist pärsvad ka halb informeeritus ja keelebarjäär. Vähene informeeritus on valdav ka tervishoiutöötajate seas, kuigi haigekassa on väidetavalt Eesti suuremates raviasutustes

¹⁹⁰ Haigekassa toonase juhi T.Rossi hinnangul, mis põhines EHK-le esitatud arvetel, on tervishoiuteenused peaaegu kõigis liikmesriikides kallimad kui Eestis ja patsiendile on võimalik välisriigis tehtud ravikuludest katta vaid ligikaudu 30 % ulatuses. Riigikogu EL asjade komisjoni avalik arutelu 04.12.2015

teinud piiriülese ravi võimalusi tutvustavaid koolitusi.¹⁹¹ Patsientide piiriülese tervishoiuteenuse kasutamisega kaasnevat haigekassa raha liikumist riigist välja ei tule senise tagasihoidliku kasutamise tingimustes lugeda ohuks tervishoiu jätkusuutlikkusele Eestis.

Käesolevas magistritöös analüüsitu kohaselt ei ole direktiiv Eestis täielikult üle võetud artikli 4 kahe punkti osas. Esiteks ei ole kehtestatud läbipaistev kaebuste esitamise kord ning mehhanismid, mille abil patsiendid saavad taotleda kompensatsiooni, kui nad kannavad neile osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel kahju. Teiseks puudub üldine vastutuskindlustuse süsteem. Loetletud kitsaskohtade lahendamine ja konkreetsetel õigusaktidel põhinevate süsteemide loomine annaks ka Eesti raviasutustele suurema võimaluse tervishoiuteenuste ekspordiks, mis omakorda aitaks kaasa haiglate toimetuleku parandamisele ja arstide rahvusvahelisele koostööle.

¹⁹¹ T. Ross Riigikogu EL asjade komisjoni avalikul arutelul 04.12.2015

RESUME

Health is something more than the state of being free from illness or injury, this is the state of total physical, mental and social well-being. Human right to health is protected by the constitution in Estonia. Poor health is directly related to the decrease of life and work quality, that causes different social and economic problems. The state is obliged is to take preventive actions in the interests of public health, to create the functioning public health-care insurance system and guarantee the public health care services in sufficient quantity for all the members of the society regardless the lack of their own funds.

As mental and physical health is of essential importance to every person, the quality and availability of health care service is crucial.

Free movement of patients, people accessing health care services outside their home state, is more and more important today because of the changed working environment and travel habits. This issue is really topical as the health problems are not predictable and timely available health-care services are essential in the context of patient recovery or incapacitation. We may divide the health-care services accessible outside their home state into two types: emergency and planned treatment. Persons who are insured by the Estonian Health Insurance Fund and temporarily staying in another EU member state or Switzerland have access to the emergency medical care presenting their European Health Insurance Card and this is not the subject of the patient mobility directive. However, the need for medical care must have arisen during their stay in that country and the need must be proved by the doctor. European Health Insurance Card is accepted only in these medical institutions that belong to the public health care system and the costs of transportation between the countries are not covered.

Required medical care is not free – the patient's self-liability expenses (such as visit fee, in-patient fee, etc.) must be paid for according to the tariffs in the country of location. This thesis is not covering the topics related to the emergency treatment. The main focus of the paper is the planned treatment outside the insurance holder country and this just an important topic for harmonization in EU at present.

The patient is regarded as a “weaker party” in the health-care service that is why the extra protective regulations need to be implemented. Giving preferences to the patients in the process of designing the regulation is in line with the constitution.

The legislative process that regulates health-care service in EU and in Estonia has been more and more focused on ensuring equal opportunities for all.

On the basis of the Law on Health Insurance adopted in 2002, the insured person is entitled to sickness and temporary incapacity to work benefits provided by the Estonian Health Insurance Fund (EHIF) in the territory of the Estonian Republic.

The Directive 2011/24 of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare (referred to hereinafter as the Directive on Patients' Rights) takes a step further and obliges the states to adopt the regulations that establish the principles of cross-border health care and lay down certain basic minimum standards on the quality of the services and on the minimum amount of reimbursing the costs of cross-border healthcare. Those standards are related to the indication of the health-care service, proved efficiency and document handling. The directive provides the patients with greater rights and improves the access to quality health-care services in all the EU member states. This is an important directive that aims to ensure the justice and equal treatment in health care all over the European Union. The member states are responsible for providing universal and high quality healthcare to all the citizens on their territory and should respect the patients' needs for health-care service of their insurance holder country. At the same time Member States should respect the principles of free movement of persons within the internal market, non-discrimination, with regard to nationality and necessity and proportionality of any restrictions on free movement. The rules applicable to the cross-border healthcare should correspond not only to the legislation of the Member State of treatment regulating the quality and safety standards but also to the similar regulations in EU. The transposition of this Directive into national legislation and its application should not result in patients being encouraged to receive treatment outside their Member State of affiliation.

Patients should, in any event, not derive a financial advantage from the healthcare provided in another Member State and the assumption of costs should be therefore limited only to the actual costs of healthcare received.

The present thesis examines the cases where the costs of the treatment received abroad are partially or fully reimbursed not by the patient, but first and foremost by the insurance. There is no country that refuses to offer the healthcare service to the patient who is able to fully

cover these costs himself. The state aims to regulate the reimbursements of the costs of the cross-border health care services from the state funds mainly because of the necessities of budgetary planning. That is why the author of the thesis concentrates on the legal issues connected to the patient mobility.

All the member states were obliged to adopt the Directive and its regulatory provisions by October 2013. The present thesis examines what is the situation in adopting the directive in Estonia, what are the problems regarding the patient mobility and whether supplementary regulation might be needed in the future. The author tries to identify if the problems are characteristic to Estonia or are these similar in all EU countries.

The purpose of the present thesis is to find out if the practices applied in Estonia are in accordance with the provisions of the directive and its aims. Besides that the author tries to identify inefficiencies of the system that might need complementary regulation to better meet the patients' needs.

The overview of the principles of the health insurance, the aims and types of different insurance systems is presented in the first part of the paper. The scope of insurance cover and its conditions depend on the economic capacity of the state, on its health care policy and social agreement that is why it varies from time to time. The author examines more in-depth the Estonian health insurance system that is regulated by law and by various legal acts issued by the Minister responsible for this area.

The health insurance in Estonia is solidarity-based and Estonian Health Insurance Fund, a public body established by law, is the provider of the health insurance. The activities of this Fund are regulated by the Law of Health, the Health Services Organisation Act and other legislative instruments. As 93-94% of the Estonian population is covered by the insurance, we may state that the insurance coverage is rather universal.

The second part of the thesis is concentrated on the Directive for patients' rights, on its specific nature and aims and on its importance as a code of conduct in the development of national legislation. The healthcare systems, service packages and compensation measures vary in different EU member states and are dependent on historic practices and finances. The standards of quality and safety, the guidelines for treatment are also different in member states. The development of the directive was aimed at reducing divergences amongst Member states and ensuring the equal treatment for all irrespective of their national origin.

The directive regulates the information management of the relevant information on healthcare options and on specific aspects of the healthcare services including restrictions. This part of the thesis also gives an overview of the transfer of personal data about patients' health between the different healthcare service providers and the recognition of prescriptions issued in other countries. Special attention is paid on patients' safety and the quality of the healthcare service. In the third part the author analyses the present situation in the national legislation after the implementation of the directive in 2013. The patients' behaviour and its impact on the Health Insurance fund budget under new circumstances are the essential topics of this part. In the last part of the paper the author examines the legislative problems connected to the cross-border health care and the compliance of the national legislation with the requirements of the directive.

Patient flows between Member States are limited and expected to remain so, as the vast majority of patients in the Union receive healthcare in their own country and prefer to do so.

The European Commission estimates that the demand for cross-border healthcare represents only around 1% of public spending.

The fact that in Estonia a patient has to cover the cross-border health care expenses himself at first, might be one of the barriers in choosing it, although the Estonian Health Insurance Fund reimburses the costs later, but only up to the level that would have been assumed by the Member State of affiliation, had this healthcare been provided in its territory without exceeding the actual costs of healthcare received. In case the costs abroad are higher, the patient is responsible for the difference. The same concerns the extra fees and payments for transportation, visit and personal liability. The Language problems and inadequate information are also great barriers in purchasing cross-border healthcare services.

For covering the costs of cross-border healthcare services the system of prior authorization has been laid down in the Estonian Health Insurance Act, unfortunately its implementation is incomplete and does not provide the legal protection to the patients. Legislation necessary for the implementation of this Act have not been developed yet, as well as clear criteria for refusing to pay compensation are missing. Among the other negative factors it should be mentioned that the Estonian e-Health network system is fragmented and more oriented to the inspection of the health care service than on finding the speedy solutions to the service management and preventing the interruption of the treatment. Data protection restrictions

are generally justified but the patients' rights to "lock" their data might endanger not only themselves, but also the medical personnel and the broader group of people.

According to the present thesis the Directive has not been fully implemented in two provisions of Article 4. Firstly, the system of filing the complaints of the patients has not been established properly and the mechanisms, that would enable the patients to apply for compensation for having suffered from the health care service, are missing.

Secondly, the system of professional liability insurance has also not been set up.

The Ministry of Social Affairs is already dealing with both issues and the author of the thesis hopes that the Directive will be fully implemented already in the nearest future. Finding the solutions to the above-mentioned problems and creating the system based on specific legal acts would provide the Estonian health care institutions with the opportunity for export of healthcare services. The latter would result in improvement of the financial situation of the Estonian hospitals and in strengthening the international cooperation among the medical personnel.

Lembi Aug /

20.04.2018

KASUTATUD ALLIKAD

Kasutatud kirjandus

1. R.Baeten. Europeanization of national health systems National impact and EU codification of the patient mobility case law. European Social Observatory, July 2012. Lk 1- 44.
2. R. Busse. Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System. Health Affairs. Vol 23, No. 3: Global Challenges in Health, May 2004, lk 56-67. Arvutivõrgus: <https://www.healthaffairs.org/toc/hlthaff/23/3>(19.11.2017)
3. T.Bäringhausen, R.Saueborn. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? Social Science & Medicine, Volume 54, Issue 10, May 2002, Lk.1559-1587. Arvutivõrgus:<http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536> (19.11.2017)
4. Eesti Haigekassa aastaraamat 2015. Tallinn 2016
5. Eesti Haigekassa aastaraamat 2016. Tallinn 2017
6. J.Frank, D.de Ferranti. Universal health coverage: good health, good economics. Lancet, Volume 380, Issue 9845, 2012, lk. 862-864 . Arvutivõrgus: <https://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736/380/9845> (19.01.2018)
7. M.McKee, R. Busse jt. Cross-border Health Care Collaboration in the European Union: placing the patient at the centre. Eurohealth, Vol 19, No 4, 2013, lk 3-5
8. B van Leewen.The Doctor, the Patient and EU Law: the impact of free movement law on quality standards in the healthcare sector. European law review., 41(5) lk 638-654
9. A.Nõmper, J.Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn:Juura 2007.
10. W.Palm, I.A.Glinos. Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination. Lk.509-560
Arvutivõrgus:www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/004/138181/E94886_ch12.pdf
(10.04.2018)
11. Uwe E. Reinhardt.The Swiss Health System Regulated Competition Without Managed Care.JAMA. 2004;292(10): lk1227-1231.
Arvutivõrgus:https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Swiss+health+care+system&btnG= (19.11.2017)
12. D.Van den Steen. Cross-border health care:common rules on medical prescriptions whwn travelling to another EU country. Eurohealth, Vol 19, No 4, 2013, lk 28- 30.

13. G.Strban. Patient mobility in the European Union: between social security coordination and free movement of services. ERA Forum, 2013,14: 391-407
14. E-J. Truuväli jt. EV põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne.Tallinn: Juura, 2008.

Õigusaktid

1. Eesti Vabariigi põhiseadus. - RT I, 15.05.2015, 2
2. Eesti Haigekassa seadus. - RT I, 28.12.2017, 41
3. Haldusmenetluse seadus. - RT I, 28.12.2017, 21
4. Isikuandmete kaitse seadus. - RT I, 06.01.2016, 10
5. Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta ratifitseerimise seadus. - RT II, 29.05.2012, 2
6. Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta ratifitseerimise seaduse muutmise seadus. - RT II, 29.05.2012, 1
7. Ravikindlustuse seadus. - RT I, 28.12.2017, 56
8. Sotsiaalmaksuseadus. - RT I, 28.12.2017, 76
9. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. - RT I, 28.12.2017, 54
10. Võlaõigusseadus.- RT I, 31.12.27, 8
11. Piiriüleste tervishoiuteenuste riikliku kontaktpunkti ülesanded teabe jagamisel. Sotsiaalministri määrus nr 7/2015. - RT I, 14.04.2015, 8
12. Patsiendiseaduse eelnõu. 457 SE, 2013. Arvutivõrgus:
https://www.riigikogu.ee/v/failide_arhiiv/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_eeln_u.pdf(17.02.2018)

Kasutatud seletuskirjad

1. Seletuskiri Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi “ Patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius” eelnõu juurde. Euroopa Ühenduste Komisjon. Brüssel, 2008. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.epey.ee/public/files/Patsiendi%F5iguste%20direktiivi%20tekst.PDF>(09 03.2018)

EL instrumendid

1. Charter of Fundamental Rights of the European Union.Lissabon,7.12.2000 - Official Journal of the European Union, 2012/C 326/02, lk 391-406.
2. Euroopa Liidu lepingu ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid. - ELT C 202, 07.06.2016

3. Euroopa parlamendi ja Nõukogu määrus nr 883/2004(EÜ) sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta. 29.04.2004 - EÜT L 166, 30.4.2004, p.1
4. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation).
5. Brüssel, 27.04.2016. - Official Journal of the European Union, Vol 59, L 119, 4 Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Strasbourg, 9.03. 2011- ELT L 88/45, 04.04.2011
6. European Code of Social Security. Council of Europe. Strasbourg, 16.04.1964. European Treaty Series - No. 48
7. European Convention on Social and Medical Assistance. Council of Europe. Paris, 11.12.1953. European Treaty Series - No. 14 ; RT II 2004, 9, 33
8. Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta. Euroopa Nõukogu. Strasbourg, 3.05.1996. - RT II 2000, 15, 93

Kohtulahendid

1. EK C-158/96, *R. Kroll ja Union des caisses de maladie*, eelotsuse taotlus
2. EK C-372/04, *Y. Watts vs Bedford Primary Care Trust*, eelotsusetaotlus
3. EK C-173/09, *G. I. Elchinov vs Natsionalna zdravnoosigurnitelna kasa*, eelotsusetaotlus
4. EK C-512/08, *Euroopa Komisjon vs Prantsuse Vabariik*, hagi.
5. EK C-368/98, *A. Vanbraekel jt v Alliance nationale des mutualités chrétiennes*, eelotsusetaotlus.
6. RK 3-3-1-65-03

Muud materjalid

1. ELi e-valitsuse tegevuskava 2016-2020. Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa majandus- ja sotsiaalkomiteele ning regioonide komiteele. Valitsussektori digitaalse arengu kiirendamine . Brüssel, 19.04.2016. Arvutivõrgus: [http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/ET/1-2016-179-ET-F1-1.PDF\(14.02.2018\)](http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/ET/1-2016-179-ET-F1-1.PDF(14.02.2018))

2. Constitution of the World Health Organization. New York, 22.07.1946. Preambul.
Arvutivõrgus: [http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1\(17.03.2018\)](http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1(17.03.2018))
3. The Universal Declaration of Human Rights. Pariis, 10.12.1948.
Arvutivõrgus:<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
(29.10.2017).
4. Schwartz, Nelson D. "Swiss health care thrives without public option". The New York Times. 30.09.2009. Arvutivõrgus:
[http://www.nytimes.com/2009/10/01/health/policy/01swiss.html?pagewanted=all\(29.10.2017\)](http://www.nytimes.com/2009/10/01/health/policy/01swiss.html?pagewanted=all(29.10.2017))
5. U.S.Census Bureau. CPS Health Insurance Definitions. Arvutivõrgus:
[http://plaza.ufl.edu/herndojb/7954/Notes/Health%20Insurance%20-%20CPS%20Health%20Insurance%20Definitions.pdf\(25.11.2017\)](http://plaza.ufl.edu/herndojb/7954/Notes/Health%20Insurance%20-%20CPS%20Health%20Insurance%20Definitions.pdf(25.11.2017))
6. The Affordable Care Act.2010. Arvutivõrgus:<https://www.healthcare.gov/where-can-i-read-the-affordable-care-act/> (29.10.2017)
7. Convention concerning Minimum Standards of Social Security. ILO convention No 102. Genf, 28.06.1952. Art 7 ja 8. Arvutivõrgus:
[http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247\(03.03.2018\)](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247(03.03.2018))
8. Eesti Haigekassa vastuskiri teabe küsimisele 22.02.2018 nr 1.1-13/5976-1(e- kiri on magistritöö autori valduses kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis)
9. MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU, 2015. Arvutivõrgus:
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf\(19.03.2018\)](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf(19.03.2018))
10. Euroopa Komisjoni aruanne direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius) toimimise kohta Brüssel, 2015.
Arvutivõrgus:[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_et.pdf\(18.02.2018\)](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_et.pdf(18.02.2018))
11. Isiku terviseandmete vaba liikumise tõkete kaardistamine EL digitaalse ühisturu eesmärkide valguses. KPMG Baltiks OÜ, 2017. Arvutivõrgus:
[http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/final_eterwise_uuring.pdf\(11.02.2018\)](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/final_eterwise_uuring.pdf(11.02.2018))

12. Riigikogu Euroopa Liidu asjade komisjoni avalik arutelu: Patsientide vaba liikumine. 4.12.2015. Arvutivõrgus:
<https://www.youtube.com/watch?v=qzqN0nNv9SsDfeature=youtu.be>(10.04.2018)
13. Uuring: Euroopas on eeldused terviseandmete piiriüleseks liikumiseks olemas. Meditsiiniuudised.20.06.2017 Arvutivõrgus:
<https://www.eu2017.ee/et/uudised/muu/uuring-euroopas-eeldused-terviseandmete-piiriuleseks-liikumiseks-olemas> (11.02.2018)
14. Commission Staff working document on the free flow of data and emerging issues of the European data economy. Brüssel, 10.01.2017. 3 peatükk, 5.osa.
Arvutivõrgus: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52017SC0002&from=EN>(14.02.2018)
15. Tervishoiuteenuse osutajate vastutuskindlustuse seaduseelnõu väljatöötamise kavatsus. Eelnõude infosüsteem(EIS). Toimik nr 17-0212. Arvutivõrgus:
<http://eelnoud.valitsus.ee/main#HLV3BrCA> (19.03.2018)

Kasutatud veebilehed

1. Euroopa komisjoni koduleht.
Arvutivõrgus: https://ec.europa.eu/commission/index_et(10.03.2018)
2. National Health Service in England koduleht. Arvutivõrgus:
<https://www.nhs.uk/pages/home.aspx>(19.11.2017)
3. The Commonwealth Fund koduleht. Arvutivõrgus:
http://www.commonwealthfund.org/?_ga=2.268000710.939409929.1521360034-1536025174.1511805746(17.03.2018)
4. Expat Finland koduleht. Arvutivõrgus: <https://www.expats-finland.com/index.html> (01.03.2018)
5. EXPATICA koduleht. Arvutivõrgus: <https://www.expatica.com/fr> (01.03.2018)
6. Health Insurance Quotes koduleht. Arvutivõrgus: <http://www.healthinsurance-quotes.org/> (29.10.2017)
7. Eesti Statistika andmebaas. Arvutivõrgus: <https://www.stat.ee/> (10.12.2017)
8. Euroopa Liidu infokeskus (uuendatud 26.05.2017) Arvutivõrgus:
https://elik.nlib.ee/k-v-andmebaas/page/5/?kv_id=605&show_all=1 (10.12.2017)
9. Eesti Haigekassa koduleht. Arvutivõrgus: <https://www.haigekassa.ee/>(19.03.2018)

Lisa

Lisa 1. Haigekassa poolt hüvitatud teisese arvamuse juhud aastatel 2015-2017.

2017

Konsultatsioon	Epilepsia kirurgiline konsultatsioon
Konsultatsioon	Epilepsia ravi konsultatsioon
Konsultatsioon	Teisese arvamuse küsimine Euroopa Mastotsütoosi Kompetentsivõrgustiku keskusest
Konsultatsioon	Neurofibromatoos (konsultatsioonid ja raviplaani koostamine)
konsultatsioon+ravi+lapse kirurgiline ravi	Sünnitusabi ja vastsündinu arterite ja arterioolide muud täpsustatud haigusseisund
konsultatsioon+uuring+ravi	Lastekardioloogi ja kardiokirurgi konsultatsioon, kaasnevad uuringud ning südameoperatsioon.
konsultatsioon + vajadusel uuringud	Konsultatsioon ja vajadusel täiendavad uuringud paroksüsmaalse öise hemoglobinuuria ravi vajaduse hindamiseks.
konsultatsioon + ravi	Konsultatsioon ja fetoskoopiline platsenta anastomooside laserablatsioon
konsultatsioon + vajadusel ravi	Väliskonsultatsioon ja vajadusel epilepsia kirurgiline ravi/uitnärvi stimulaatori paigaldamine
konsultatsioon + vajadusel uuringud ja ravi	Epilepsia edasise ravi konsultatsioon + vajadusel uuringud ja kirurgiline ravi

2016

konsultatsioon	Südamerikkega patsiendi konsultatsioon
konsultatsioon	Maksasiirdamise järgse seisundi ja veresoonte anastomoosi stendi kontroll
konsultatsioon + uuring + ravi	Lastekardioloogi ja laste südamekirurgi konsultatsioon, vajalikud uuringud ning operatsioon
konsultatsioon + uuring	Neuroloogi konsultatsioon, täiendavaid uuringuid (elektroneuromüograafia, lihasbiopsia koos geenianalüüsiga jm)
konsultatsioon+uuring	Seljaaju pahaloomuline kasvaja

2015

konsultatsioon/uuring	Histoloogilise materjali konsultatsioon.
konsultatsioon/uuring	Epilepsia kirurgilise ravi teostatavuse ja lisauuringute vajaduse konsultatsioon
konsultatsioon	Konsultatsioon kirurgilise ravi ja edasise onkoloogilise ravitaktika osas
konsultatsioon	Konsultatsioon edasise ravitaktika osas neuroblastoomi raviks
konsultatsioon + ravi	Ortopeedi konsultatsiooni, ravi planeerimine, ravikorseti korrektsioon ja uue korseti valmistamine
konsultatsioon	Histoloogilise materjali konsultatsioon
konsultatsioon	Histoloogilise materjali konsultatsioon
konsultatsioon	Konsultatsioon nefroblastoomi varase retsidiivi edasise ravitaktika suhtes
konsultatsioon + ravi	Tümpanojugulaarse paraganglioomi radiokirurgiline ravi ja eelnev konsultatsioon

konsultatsioon + ravi	Täiendav diagnostika ja tõenäoliselt ka risotoomia ehk selektiivne seljaajust lähtuvate närvide dissekatsioon
konsultatsioon	Reetina proteesi kirurgilise paigalduse konsultatsioon
konsultatsioon	Ajuoperatsiooni (hemisferektoomia) tulemuste hindamine, järelkontroll ja edasise raviplaani koostamine
konsultatsioon+uuring+ravi	Eriarsti (lasteneurokirurgi) konsultatsioon, ravi planeerimine, võimalikud täiendavad eriuuringud ja vajadusel neuroendoskoopiline operatsioon või hüdrotseefaluse shuntoperatsioon või kaela piirkonna kuklamulku arendav operatsioon

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, LEMBI AUG

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

**RAVIKINDLUSTUSE ULATUS PATSIENTIDE VABA LIIKUMISE
TINGIMUSTES,**

mille juhendaja on dr. iur. professor GAABRIEL TAVITS

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tallinnas 23.04.2018